العلاج النفسي الحديث
للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية



دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

العلاج النفسي الحديث
للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الدكتور محمد حمدي حجار

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

١٤١٢هـ

دار النشر
بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض

الرياض

١٤١٢هـ [الموافق ١٩٩٢م]

بسم الله الرحمن الرحيم

المحتويـــــات

المقدمـــــة

تفتقر المكتبات والمؤسسات العلاجيـة النفسية، والجـامعات الى مـرجع حـديث يشرح بـاسهـاب خـطوات العـلاج النفسي السلوكي المعرفي للادمان على المخـدرات والمؤثرات العقليـة وذلك ضمن اطـار علاج الادمان التكاملي الدوائي، والنفسي السلوكي، واعادة التـأهيل الاجتماعي.

ولـلأسف حتى هـذا اليـوم يعـالـج الادمـان عـلى المخـدرات والمؤثرات العقلية بالطرق الدوائية والطبية سواء في المشافي النفسيـة أو المتخصصة بالادمان أو في العيادات النفسية الخارجيـة، وهذا العـلاج المنقوص يحقق فقط ازالة التسمم الحـاد بالمخـدر أو المسكر، أو حمـاية المدمن من أعراض سحب المخدر أو المسكر الطبية فقط وليس تبـديل سلوكـه الادماني، لـذا فإن الانتكـاس يكون بنسبـة تقـارب ٩٠٪ في علاج الادمان بالطرق الدوائية.

إن هذا الكتاب هو الضالـة المنشودة لكـل معالـج أو باحث أو أستاذ في الجامعة في علاج الادمان بالـطرق الحديثـة التي تتبنى العلاج المتعـدد المذاهب أو المـدارس العلاجيـة التكامـلي والريـادي اليـوم في الولايات المتحدة الأمريكية

لقـد اعتمـدت في تـأليفـه عـلى رواد العـلاج النفسي السلوكي

والمعرفي في مؤلفاتهم أمثال ألبرت أليس، وجوزيف ولبي، ومارلات، وبارد وباندورا وبيك، وفيلانت، وأملي أن أكون قد وفقت في سد فجوة كبيرة في علاج الادمان.

الدكتور محمد حمدي حجار

الفصـــل الأول

المدخـــــل

تعد مدرسة ألبرت أليس Albert Ellis ، المنسوبة الى هـذا العالم السيكـولوجي الكبـير وصاحب نـظريـة العـلاج الانفعـالي العقـلاني (الفكـري) Rational Emotive Therapy، احـدى المـدارس الكبيـرة المشهورة في العالم والتي لا نظير لها في تاريخ العـلاج النفسي المعاصر، وهذه الشهرة إنما جاءت بفعل شمولية وتكامـل هذا النمط العـلاجي النفسي واتساع صيته في الأوساط العلاجية النفسية السلوكية (Hepp-ner, Rogers 1982) . وتعود هذه النـظرية العـلاجية النفسيـة الى عام ١٩٥٥ ، حيث اتسعت دائـرة التعـامـل بهـا عـلى المستـوى العـلاجي فـأصبحت اليوم من كبـريـات العـلاج النفسي التي تتحـدى العـلاج النفسي التحليلي الفرويدي بنسبة نجاحها العلاجية العالية ومصداقية النتـائج العـلاجيـة في مستـوى العُصـابـات النفسيـة واعـادة تبـديـل السلوك .

وقد لاحظ البرت أليس خلال علاجه أن مرضـاه قد استفـادوا من طـريقته العـلاجية استفـادة جمة بـدون سبر القصـة المرضيـة سبراً راجعـاً الى عهد الـطفولـة ، وبدون التعـامل مـع نـواميس الإمـراض النفسي عـلى المستوى الـلاشعوري الفـرويـدي ، أي العقـد النفسيـة وديناميكيتها اللاشعورية، والكشف عنها بالطرق العلاجية التحليليـة وجـرها الى وعي المـريض وشعوره، أو من خـلال التعامـل مع مبـدأ

التحويل العاطفي Transference في العلاج النفسي الفرويدي، إذ أن مرضاه الذين يشكون اضطراب السلوك والانفعال قد تبدلت عواطفهم وسلوكياتهم اللاتكيفية المرضية بفعل اكتسابهم طرقاً جديدة في التفكير، أي بتعبير آخر من خلال تبديل بنيتهم الفكرية المعرفية ومعتقداتهم وتأويلاتهم للمنبهات الخارجية والداخلية، كما ووجد أليس أيضاً أنه في مقدوره تقديم العون للمرضى للتغلب على متاعبهم من خلال طرق مباشرة، واقتصاد في الوقت ومصروف العلاج.

وعلى عكس العلاج النفسي التحليلي الذي يستند أساساً على قانوني التداعي الحر Free Association في سبر العناصر المرضية الكامنة في اللاشعور، حيث يكون المعالج في موقف سلبي، يقتصر دوره على الانصات ورصد هذا الفيض من التداعي اللاشعوري والسعي لتحليله وهو في عملية اصطياد العقد النفسية المسئولة عن الاضطراب النفسي، والكشف عنها، وجرها الى شعور المريض واستبصاره، فإن دور المعالج في هذا العلاج الجديد يكون فاعلا وليس منفعلا، يساعد المريض ويحثه على تحدي معتقداته الخاطئة اللامنطقية ومناهضتها بأسلوب خاص معين. وهكذا يمكننا أن نصف العلاج الانفعالي العقلاني لالبرت أليس بأنه علاج تبديل المعتقد والفكر والانفعال الذي يؤكد على التوجيه والمداخلات الفعالة والتي يشترك فيها المعالج والمتعالج، ويلعب هذا الأخير دوراً أساسياً (من خلال التمارين والتدريبات العلاجية السلوكية البيئية) في شفاء نفسه.

١ ـ سمات النظرية الانفعالية ـ العقلانية وخصائصها المتميزة :

تختلف هذه النظرية العلاجية عن غيرها من مدارس العلاج النفسي، إنها تركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في الاضطراب النفسي عند الكائن البشري، بينما نجد في المدرسة التحليلية الديناميكية بخاصة أن أسس علاجها ومرتكزاته الأساسية إنما تعتمد على دراسة ماضي المريض ومحتويات لا شعوره والحوادث البيئية المحيطة، فإن مدرسة البرت أليس وطريقته العلاجية تركز على المعتقد، والكلام مع الذات، والمواقف الفاعلة في الاسهام في تسبيب الاضطراب الانفعالي والاضطراب السلوكي واستمراريتهما، وبدون تبديل هذه المكونات المعرفية التي ذكرناها يستحيل تبديل الاضطراب الانفعالي والسلوكي.

وأكثر من ذلك فإن النظرية المعرفية الفكرية Cognitive التي نحن بصددها لا تغفل أهمية العوامل البيئية، والبيوكيميائية والارثية في تأثيراتها على السلوك والعاطفة عند الانسان، ولكنها من ناحية أخرى تلح على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الانسان القادرة على تبديل التفكير المسبب للمرض والاضطراب النفسي والسلوكي، وفتح الباب العريض أمام تفكير معافى سليم يشع بالأمل والتفاؤل وحياة سعيدة (Ellis, Becker 1982).

٢ ـ نظرية البرت أليس في مختصرها أي نظرية A B C :

استمد البرت أليس نظريته التي سميت باسمه من مقولة

الفيلسوف اليوناني ابقتيطس التي تقول: ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا وتكدرنا ولكن تأويلاتنا ومعتقداتنا ازاء هذه الحوادث هي المسببة للكدر والقلق والغم. أي بتعبير آخر إن العنصر المعرفي الادراكي والتفكير هو العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد الفعل الانفعالي، وعلى هذا فالاضطراب النفسي وفقاً لهذه المقولة تسببه . تأويلاتنا للمنبهات الداخلية الصادرة عن نفوسنا أو عن المحيط الخارجي

إن هذا الاضطراب يُعبر عنه بطرق مختلفة، فبعض الأفراد يصابون بالاكتئاب والبعض الآخر بالقلق أو بالشعور بالنقص والصغارة وآخرون يدمنون على الادوية المخدرة وأناس يصابون بالقرحة أو ينتحرون الى غير ذلك، إن السؤال المطروح في سياق الكلام هو ما هي أسباب متاعبنا النفسية؟

هذا السؤال هو هام جداً في العلاج الانفعالي العقلاني الذي نحن بصدده، بل هو لبنة العلاج وأساسه وجوهره، السبب هو تفكيرك وتأويلك للموقف وليس الموقف نفسه، فالبشر والحوادث الخارجية لا تعد محرضات لسلوكك القلقي والاكتئابي أو الوسواسي وغير ذلك، فأنت المسئول عن خلق هذه الاضطرابات الانفعالية في نفسك، وهذا يتطابق تماماً مع مقولة العالم اليوناني والفيلسوف ابيقتيطس Epictitus الأشياء لا تزعج البشر، ولكن تأويلاتهم ونظرتهم الى هذه الأشياء هي التي تسبب لهم الانزعاج.

وقد يحتاج القارىء الى بعض الأمثلة المحسوسة لتوضيح هذه

النظرية العلاجية لنفترض أن صبيين يلعبان على شاطىء البحر، وفجأة ضربتهما موجة كبيرة فرمتهما أرضاً على الساحل الرملي، أحدهما ركض خائفاً يستنجد بأمه مذعوراً، أما الآخر فقد استعذب هذه المداعبة الساحرة للموج، وانتظر استقبال موجة أخرى من هذا القبيل.

وكما نشاهد في هذا المثال أن الظاهرة هي واحدة عند الاثنين، فالموجة ضربت الاثنين، الاَّ أن تقويميهما لهذه الظاهرة أو الحادثة الخارجية هما المختلفان، فالموجة لم تسبب الهروب للولد الأول ولم تجعل الولد الثاني في موقف سلوكي مختلف بل أن تأويليهما المختلفين هما اللذان سببا ردود فعل مختلفة.

وهكذا فإننا عندما نقول إن انساناً ما يبدو مضطرباً فإننا نعني أن تقويمه Evaluation لموقف معين هو غير صحيح، ونتج عن سوء التقويم مشاعر الانزعاج وبالتالي تصرف تصرفاً غير مرض ولا منتج، وعلى هذا فهدف الارشاد العقلاني الموضوعي هو تعليم البشر كيف يستبصرون بخطأ معتقداتهم وتفكيرهم، ومن ثم ايصالهم الى النظرة أو التأويل الواقعي حيال ذواتهم والمثيرات أو المنبهات الخارجية.

بعد هذه الأمثلة المبسطة التي تشرح أسس النظرية العلاجية التي نحن بصددها، ننتقل الى شرح المعادلة A B C انطلاقاً من ما ذكرناه. أنت الآن مثلا في موضع انتقاد من قبل الآخرين، وقد كان رد فعلك على هذا الانتقاد بالغضب وبالسلوك الدفاعي. يحلل هذا الموقف على الشكل التالي:

A = المنبه الخارجي الذي نشط العمليات الادراكية والفكرية وهو الانتقاد.

B = تأويلك وتفكيرك ومعتقدك حيال هذا الانتقاد.

C = رد فعلك عما تمخض عن التأويل والمعتقد (الغضب والسلوك الدفاعي).

الآن لنعد الصيغة السابقة بادخال عنصر التأويل وكيف تم على هذا المستوى:

A = (الحادثة المحرضة) الانتقاد والرفض.

B = (ترجم الحادثة وأوّلها فأخذت الصورة التالية في الحديث مع الذات):

- لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد.
- الذي انتقدني هو انسان ظالم غير محق.
- يتعين عليه الا يوجه اليَّ هذا الانتقاد.
- أنا انسان مرفوض.
- أنا انسان ضعيف الحجة، لا قيمة لكلامي أمام الناس.

C = (رد الفعل الذي نجم عن هذا التأويل للموقف) الشعور بالاحباط والاكتئاب، قيمتي ضعيفة أمام الناس.

ما هي الأفكار غير المنطقية التي تؤدي الى الاضطراب الانفعالي؟! هناك العديد من الافكار والاحاديث مع الذات التي تسبب الكدر والشقاء والتعاسة النفسية والاضطراب النفسي، بل وعلة المرض النفسي والكثير من الناس يلحون في تعزيزها في

أنفسهم، وهـذه الأفكار والكلمـات هي: الأفكار الحتميـة والأفكـار المخيفة.

أ ـ الأفكار أو المقولات الذاتية الحتمية Should المفروضة على الذات.

وهي مقولات تأكيـدية جـداً في وصف الموقف الخـارجي المحرض عـلى التأويـل والتقويم مثـلا: يجب علي كـذا يجب أن أحصل على كذا يجب أن أصر على كذا يجب أن أمتلك كذا

أي أنك تفرض على ذاتك مطالب يتعين تحقيقها. بدون وجود خيارات في حال عدم تحقيقها، فبقولك «يجب» معناه أنك حـولت الرغبة الى مـطالب، وكأني بـك تقول يجب أن يكـون اللون الأحمر أزرق، وهـذا مطلب غـير واقعي فكما أنـك لا تستطيـع تحويـل اللون الأحمـر الى أزرق، كـذلـك فـأنت لا تتحكم بقـوانـين الاحتمـالات في الحيـاة وغـير قـادر عـلى السيـطرة عـلى الحـوادث الخارجية. فقد تستطيع النجاح في الفحص وقد لا تستطيـع، وقد تظفر بحب فتاة وقد لا تـظفر، وقـد تظفـر في نجاح للدخـول الى وظيفـة وقد لا تـظفر فكلمـة يجب، تعني القدرة التـامة المقتـدرة المطلقة، وهذا هو جزء من القدرة الالهية وليس من قدرة العبد، وعندما تفـرض على ذاتـك ما قـد تفشل في الـوصول اليـه وبدون وجـود بدائـل فمعناه أنـك انزلقت حكمـاً في الاحباط، واليـأس والقنوط وهنا تبدأ السيرة المرضية، وتخطو نحو المرض النفسي.

ب ـ المقـولات التي تبـالـغ في وصف الحـوادث وتضخم وقعهـا في النفس، وهذه المقولات هي مثلا: «انه لأمر مريع إنه لشيء مخيف جـداً، أنا لا أستـطيع تحمـل هذا الأمـر المـرعب إنـه

لشي- فوق قدرتي على تحمله . » فهذه المواقف الانفعالية تبدو غير واقعية ومحض مبالغات، ذلك لأنك تترجم الأمر المخيف الى كارثة، وكأني بك تقول لذاتك ٢ + ٢ = ٤٠٠ بدلا من ٤، ومثل هذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القدرة على التحمل فتجعل من سوء الحظ كارثة فرد الفعل النفسي يختلف اختلافاً كلياً بين الاعتقاد، إن هذا سوء حظ حدث لك أو انه لحقت بك كارثة يصعب تحملها، فالاعتقاد الأول يؤدي الى الانزعاج بينما المعتقد الثاني يؤدي الى اليأس والقنوط، والميلوخوليا، إن الهدف من العلاج الانفعالي العقلاني أن يجعلك ترى الواقع واقعاً، وليس الواقع المشوه المُضخّم في الحتميات وفي المبالغات الانفعالية للمواقف.

جـ - كيف تستطيع التغلب على هذه المعتقدات والعواطف اللاعقلانية؟ نضيف الى المعادلة السابقة التي شرحناها في الحرفين E, D، وبذلك تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي:

A-B-C-D-E فالحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي، وعلينا الاّ ننسى أن الخطوة الأولى في التعامل مع «المواقف المخيفة التي نضخمها، والمواقف التي نفرضها على ذواتنا والتي شرحناها آنفاً، هذا التعامل يكون بأن نسأل أنفسنا لماذا؟

فحرف D إذن يترجم على الصورة التالية:

- لماذ اعتبر انه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟
- لماذا يجب عليَّ الاَّ ارتكب هذه الخطيئة؟

○ لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن أتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل.

أما الحرف E فهو يعد بؤرة ولب وجوهر الارشاد العقلاني العلاجي، انه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا؟

الآن وقد اكتملت الصيغة فلننظر اليها في سياق مثالنا التالي:

D: لماذ اعتبر أنه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E: إنه لأمر غير مخيف وليس هو بالشيء المزعج ولا المسبب للاحباط ذلك لأنه لا يرغب أي انسان أن يرتكب اخطاء، ولكن لو حدث الخطأ فهل هذا معناه أن الانسان معصوم عن الخطأ وهذا الارتكاب للخطأ هو اثم كبير؟ ان ما يترتب عن الخطأ يكون مؤسفاً ولكن لا يصل الى درجة الأمر المخيف الكارثي:

D: لماذا يجب عليَّ الا ارتكب هذه الخطيئة؟

E: بالطبع فمن المفضل الاَّ أرتكب خطيئة، ولكن لا يوجد أي ناموس أو قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ، لا أرتكب أي خطأ، أو يتعين عليَّ الاَّ أخطىء (حتى في أبسط الأعمال) ولهذا فإن كلمة «يجب» اللاعقلانية، هي مطلب مطلق تعني أنه يتعين عليَّ أن أكون كاملا، أي الاَّ أفعل ما فعلته، أي ارتكاب الخطأ.

D: لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما عليَّ أن اتهم نفسي بالحماقة وضعف العقل؟

الفصل الثاني

مشكلة التعود على المخدرات والمشروبات الكحولية «المواد المبدلة للمزاج»

يعد الاقبال على المسكرات اليوم المشكلة الأولى في العالم المرتبطة بالصحة العامة وتليها المخدرات. ورغم أن الاحصائيات المتعلقة بالكحولية وسوء استخدام الكحول والعقاقير المبدلة للمزاج مختلفة متباينة، الاّ أن التقديرات المحافظة ترى أن الادمان على الكحول يشكل ما نسبته على أقل تقدير ٤٪ من مجموع السكان (Royce 1981) ـ في البلدان الصناعية ـ، ويقدر عدد البشر الذين يتعاطون المشروبات الروحية في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من ١٠٠ مليون، منهم ٦ ـ ١٠ ملايين يصنفون في عداد المدمنين، ويضاف الى هذا العدد مليون من المراهقين (٢١ سنة) ـ Brandsma 1980 ـ وعندما نتصور أن كل «مدمن» على المواد المبدلة للمزاج يؤثر تأثيراً سيئاً على حياة آخرين، حينئذ يتصاعد العدد ليصبح ٧٠ مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات اجتماعية وشخصية هامة تعزى الى الادمان على المواد المبدلة للمزاج (Franks 1985). وأكثر من ذلك تقدر الخسارات المالية الناجمة عن الادمان على الكحول والمواد المخدرة في ميدان رعاية الصحة، وهدر الطاقة والانتاج البشريين، والبطالة وترك الأعمال عند المدمنين بحوالي ٧٠ بليون دولار أمريكي

سنوياً (Ruayle 1983). وهكذا نجد هول الخسارة الاقتصادية والاجتماعية والشخصية الناجمة عن هذه الآفة الاجتماعية والاقتصادية التي تأكل الأرضية التحتية للمجتمعات وبخاصة الصناعية المتقدمة

ظهر اتجاه في السنين الأخيرة نحو ادراك خطورة الصعوبات والمشكلات المتعددة الأبعاد التي يسببها الادمان على المواد المبدلة للمزاج. إذ ظهر في الأفق الوعي المتنامي لمشكلات الادمان وما تجره من ويلات اجتماعية واقتصادية وأسرية، وشخصية على مستوى المهنيين الذين يعملون في قطاع العناية بالصحة والأسر، وأرباب العمل، والمدمنين أنفسهم، فالمدمنون أصبحوا أكثر وعياً وادراكاً لمشكلاتهم من ذي قبل، فأخذوا يلتمسون العون والعلاج. وعلى مستوى أسباب الادمان هناك جدل ما زال قائماً حول الأسباب الدقيقة والصحيحة لهذا الادمان وأفضل الطرق لعلاجه، والذي لا خلاف فيه والأمر المتفق عليه بين القائمين على الأمور العلاجية أن المعالجة المبكرة والمباشرة هي الأفضل والأكثر فعالية

تعاريف:

لا مراء أن الدراسات المتوافرة عن تعريف وتشخيص وعلاج الكحولية ومشكلات الادمان على المواد المبدلة للمزاج هي كثيرة ونحن بلاشك لسنا بصدد مناقشة هذه الدراسات ومعاينتها إذ غالباً ما يعرف الكحولي بكونه انساناً يوجد لديه التفكير المحرض على شرب الكحول أو لا يوجد مثل هذا التفكير وقد ناقشت دراسات

كثيرة وتجادلت في الكحولية حيال هذا التعريف، أما نظرية الانفعال والعقلانية لالبرت أليس فقد تمسكت دوماً بالقول إن التفكير المحرض على شرب الكحول أو نفي وإزالة هذا التفكير هو جوهر الكثير من الاضطرابات الانسانية البشرية، (Ellis 1962)، هذه النظرية تتبنى موقفاً علاجياً يقوم على التفكير العلمي الصحيح كأداة لتحقيق التكيف السيكولوجي

تحاول نظرية العلاج الانفعالي ـ العقلاني تجنب التفكير الجامد المنقسم dichotomous الذي ينفذ الى ميدان الادمان على المواد المخدرة. ومن الواضح أنه من الصعوبة بمكان تقديم العون الى المدمنين على المواد المبدلة للمزاج الذين لديهم الاستعدادات التركيبية المسبقة الارثية للتفكير المنقسم وذلك من خلال عرض التفكير المنقسم وتعريفهم عليه لفهم اضطراباتهم، وعلى هذا فإننا في هذا الكتاب نرنو الى الأخذ بالمفاهيم المرنة من أجل صياغة المعالجة وتعليم التفكير المرن الى المرضى المدمنين.

من ناحية أخرى نجد أن التقليديين في علاج الكحولية والادمان عموماً يطرحون المقولة التالية: «متعاطو الكحول بكميات قليلة يماثلون الشخص المبدع ابداعاً قليلا»، الاَّ أن هناك ما يقابل هذه النظرية بما جاء به البحاثون بأن أفضل ما ينظر الى الكحولية بكونها استمرارية محددة بمشكلات تتسم بالتكرار وبالاتساع وبطول المدة الزمنية مصحوبة بتناول الكحول وسوء استخدامه (Valliant 1983). وعلى هذا فالتعريفات النافعة المفيدة للكحولية قد تجنبت خلق التصانيف المنقسمة، فالتقرب التقليدي يشجع التفكير الحدي

المطلق حيال الكحولية والادمان، وبذلك يخلق روح هزيمة الذات.

إن الكتاب التشخيصي والاحصائي المسمى DSM III (الصادر عن الجمعية الأمريكية السيكاترية ١٩٨٠م) حاول أن يدمج بعض هذه الافكار الحديثة الخاصة بالادمان في تعاريفه التشخيصية فسوء استخدام الكحول والتعود عليه dependence يعرفان بالمشكلات الخاصة بسوء استخدام الكحول. وسوء استخدام الكحول يوصف بالاستخدام المتكرر لمادة الكحول رغم تفاقم المشكلات العملية التي يواجهها الشارب بفعل تعاطيه الكحول أو المخدر. ثم إن التعود ينظر اليه من زاوية الادمان والذي يترتب عنه متلازمة (أعراض) سحب المادة المبدلة للمزاج حين توقف تعاطيها أو تخفيض الجرعة المتعود عليها المدمن. وهذا الأمر يقودنا الى تأكيد مسألة الادمان على المستوى الفيزيولوجي والسيكولوجي، أي أن الكحول يحدث التعود النفسي والفيزيولوجية معاً

أجرى (Vaillant 1983) دراسات طولانية تناولت مسألة الادمان على الكحول والمواد المبدلة للمزاج عند الكبار (ذكور)، وقد تم تقويم حالاتهم مراراً وتكراراً عبر مدة ٤٠ سنة (أربعة عقود). وقد أظهرت هذه الدراسات قيمة استخدام قياس تعاطي الكحول الذي ابتدعه «فاليانت» ذاته. إذ في هذا المقياس تم طرح أسئلة على الكحوليين الخاصة بالاسراف في تعاطي الكحول وما يترتب عنه مس مشكلات اجتماعية واقتصادية، مهنية تلحق بالمدمن كفقدان العمل والاضطرابات الأسرية والزوجية، وشكاوى أرباب العمل من الموظف المدمن، والمسائل الطبية (الأمراض) والسبات الكحولي

والغياب عن العمل. ولوحظ أنه كلما تزايدت وتواترت هذه الصعوبات، تأصلت وتعززت مشكلة الادمان.

إن التقرب العلاجي المتركز على الكحولية هو الذي يأخذ به العلاج الانفعالي العقلاني. فهذا العلاج يرى أن عمل المعالجين هو الكشف عن المشكلات الاجتماعية والسلوكية والانفعالية عند المريض، ويسعى هؤلاء المعالجون الى تبديل سلوك المريض مس خلال تغيير أفكاره، ومشاعره.

وفي الوقت الذي نجد فيه أن معظم الكحوليين يرغبون في الاستمرار في تعاطي الكحول، فإنهم لا يميلون الى النتائج التي تبعدهم عن ادمانهم وعن المشكلات التي تتأتى عن هذا الادمان، وبالطبع ان في مقدور المعالجين المختصين في العلاج الانفعالي العقلاني أن يتصرفوا بسرعة حيال هذه المشكلات وربطها بمسألة الادمان التي تعود الى العديد من السنين، ومن ثم يستطيعون أن يروا التغيرات والطرق الفاعلة التي تؤدي الى هذه التغيرات المطلوبة بصورة فعالة في سلوك المريض المدمن.

١ ـ المرض أو اضطراب السلوك:

على المستوى التاريخي لم يسبق أن وجد ميدان تناول مسألة الكحولية الاّ وانخرط في جدال في وقت لم يتمحور الفكر عن أسبابه مثل التجادل فيه في الماضي كان ينظر الى الادمان على الكحول كمسألة أخلاقية فالكحوليون تعوزهم قوة الارادة لتنظيم شربهم

والسيطرة عليه، وتعد الكحولية البرهان على الطبيعة غير الأخلاقية للكحولي.

خلال النصف الأول من هذا القرن أخذت مشكلة الكحولية تشد الانتباه على أساس كونها معضلة طبية وسيكولوجية، وقد اعتبر أن تأثير المرض غير المحدد الذي يقود الى الوسواس والجبر على تناول الكحول هو سبب هذا الاضطراب، وهذا المفهوم ساعد على ظهور الاسم المجهول للكحوليين (Kurts 1979)، وبذلك عرفت الكحولية كمشكلة طبية.

خلال الخمسين سنة المنصرمة كانت تعد الكحولية «مماثلة للمرض»، وهذه النظرة انبثقت عن كون الكحولية تعد مترقية خلسية في سيرها المرضي، وهي أيضاً تخاذل الارادة في الوصول الى معالجة ناجحة، أما اليوم فإن المعنى المجازي لهذه الصيغة الأصلية قد غاب وتلاشى وحلت محله التفسيرات المرضية المهنية السائدة (Jellinek 1960). ويهمنا أن نعرف أنه لا صحة في النظر الى الكحوليين بكونهم ضحايا لمرض خفي لا يمكن اسعافهم وتقديم العون لهم بفعل عدم تعاونهم لخلل في سمات طبعهم الأخلاقية.

ويلح فيلانت (Vaillant 1983) على أن الطريقة لفهم الكحولية ودراستها تكون في استخدام الصحة السلوكية المتعددة العوامل Multi Factorial أو الأخذ بالأنموذج الاضطرابي السلوكي. وفي نظر الباحثين الذين يأخذون بنظرية التعلم الاجتماعية أو السلوكية (Miller 1983, Gordon 1985) أن التفسير المحدد لأنموذج المرض قد يعرقل علاج

المراحل الأولى التي يمر بها الكحوليون نظراً لأنهم لا ينظرون الى أنفسهم كأشخاص مصابين بمرض ويرغبون عن النظر الى الامتناع عن الكحول على أساس هدف العلاج .

ومن خلال معاينة السير المرضي للكحولية نجد أنها ملتصقة باضطراب الصحة السلوكي ، وعند البعض تعد مرضاً حيث قد يبذل المريض بعض الجهد القليل للسيطرة على النزوع ولكن بدون الاهتمام بالعلاج وتبديل أسلوب الحياة تبديلا جوهرياً

وأشار فيلانت (١٩٨٣) أيضاً أن الكحولية تعد مرضاً تماماً مثل اعتبار ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرضاً . فارتفاع الضغط الشرياني الأساسي أو الآفة الوعائية الاكليلية القلبية هما مرضان دائمان مستمران، وأن الكشف المبكر لهذين المرضين وعلاجهما يحتاج الى تبديل في أسلوب الحياة وخلق عادات صحية من التفكير والمشاعر والسلوك وليس الاقتصار على العلاج الدوائي لوحده .

أما بالنسبة للكحولية فان المداخلة العلاجية الفعالة تحتاج الى تبديل عادات الحياة اضافة الى معالجة طبية نوعية . وننبه الى أن اعتبار الكحولية أو ارتفاع الضغط الشرياني الأساسي بكونهما مرضاً بدنياً فقط أو نتاج عادات سيئة فقط فهذا هو الخطأ بعينه، لأن مثل هذا الاعتبار يقود الى معالجة ناقصة وغير فاعلة في كل واحد منهما . ففي كلا الاضطرابين يكون الأفراد المصابون باحدهما لا سلطان لهم عليه ما دامت مشكلاتهم منكورة، وأن بعض السلطان أو السيطرة على الاضطراب يمكن حيازته بقبول المريض اصابته بالكحولية ـ ارتفاع

ضغط الدم، والعمل بكل ما يملكه من قوة وحماس، وثبات لازالة هذا الاضطراب (بالنسبة للكحولية) والسيطرة على ضغط الدم بأقل جرعات دوائية ممكنة.

٢ ـ السيطرة على شرب الكحول مقابل الامتناع عنه:

إن الفروق بين التعلم الاجتماعي والطبي أو الانموذج السلوكي للكحولية تبدو أكثر اثارة للجدال من ما يسمى الآن: بالجدال الدائر حول السيطرة على الشرب» (Miller 1983, Marlatt 1985)، وهذا الجدال يتأجج ويسعّر بالنظرية التي تقول في حق الشارب بالتفكير المشغول بالكحول أو الخالي منه.

إن الدراسات التي تتناول القصة التاريخية الطبيعية أو سير الكحولية أي مثل دراسات العلامة فيلانت (١٩٨٣) تشير الى أن الأفراد الذين تمت متابعتهم خلال حياتهم اتضح فيها أن بعض الكحوليين، اما انهم شفوا تلقائياً من ادمانهم أو أضحوا شاربين بلا أعراض. ووجد كل من ميللر وهيستر (١٩٨٠) من خلال مراجعتهما الموسعة لنتائج العلاج أن متوسط الشفاء التلقائي أو العودة الى الشرب الخالي من الأعراض Asymptomatic هو بحدود ١٩٪ وحيث أن بعض المدمنين ينزعون فيما بعد الى السيطرة على شربهم للكحول، فقد بدا أن تعليم السيطرة على الشرب بالنسبة للكحوليين قد يعطي نتائج علاجية فعالة وكما ذكرنا في بداية هذا الكلام أن هذه القضية هي مثار جدال ونقاش بين العلماء.

هذا واذا اعتبرنا أن الكحولية لابد وأن تكون حتمية في ترقيها وتقدمها اضافة الى انذار غير محمود في معظم الحالات، حينئذ فإن السيطرة على الشرب، واستراتيجياته الرامية الى علاج السيطرة على الذات لاتبدو فقط غير مجدية ولكنها خطرة ولا أخلاقية. في مراجعة أجريت من قبل كاري وميستو (١٩٨٥) تناولت استخدام استراتيجيات السيطرة على الذات في علاج الكحول، أكدت الحاجة الى مزيد مس البحث المستقبلي.

ووجدا أن العلاجات القائمة على السيطرة الذاتية لها فعاليتها في المداخلة العلاجية المبكرة للمشكلات المرتبطة بالادمان. وانتهيا الى القول إن فعالية تقنيات السيطرة على الذات تبقى قابلة للبرهان في نهاية الأمر. مس ناحية أخرى ان البراهيں المتوافرة حالياً تشير الى أنه ليست جميع المشكلات تدفع بالشاربين الى التعود على الخمرة إذ على نقيض ذلك فالأفراد المتعودون على الخمرة تظهر عندهم مشكلات الشرب المرتبطة بالخمرة. وعلى هذا يعتقد أمثال فيلانت أن التقنيات الرامية الى ضبط الشرب وسيطرة الشارب على ذاته تبدو مناسبة ومفيدة عند الأفراد الذيں:

أ ـ غير مرتبطين بالكحول فيزيولوجيا ارتباطاً كبيراً

ب ـ هم مرنون على مستوى المواقف فيبذلون جهودهم الكبيرة للسيطرة على أنفسهم في حجم الكحول الذي يتناولونه.

ثم هناك قضايا أخرى تؤثر أيضاً على قرار المعالج السريري في الأخذ باستراتيجيات السيطرة الذاتية أو تقنيات السيطرة الذاتية على

الشـرب مثل الـدعم البيئي ، والثبات الاجتمـاعي ، ونظرة الفـرد الى الكحـول كمرض أو اضـطراب سلوك. فـأهـداف العـلاج الفـرديـة واستـراتيجيات المـداخلة العـلاجيـة تبـدو مـرشحـة مـطروحـة عـلى المريض.

ثم ان مساعدة الأفـراد الذين يعـانون من مشكـلات الكحول لكي يتعلموا اكتساب درجة اشراطية في السيطرة على الذات، سـواء تم ذلك من خلال اختيار الكف عن الشرب، أو السيطرة على نـزوع الشرب، أو الاثنين معاً، نقول مثل هذه المسـاعدة تبـدو مناسبـة وفق ظروف مختلفة تتمشى مع الفروق الفردية وعنـدما يبـدأ الفرد بمعـاناة مشكلات مرتبطة بآثـار الكحول الضـارة المؤذية، ومـع ذلك يمعن في تعـاطي الكحوز تعـاطياً خـطراً (أربع أو خمس كـاسـات في الجلسـة الواحدة) حينئذ يترتب عن ذلـك ترقي المـرض العضوي واضـطراب السلوك، وتعريض المريض الى الخطر الذي يهدد حياته فعلا ـ وهنا لابد من التدخل تدخلا جذرياً لتجنب هذه النتائج الوخيمة السيئـة، وإن العودة الى تناوله على مستوى الشرب الاجتماعي لم يعد مقبـولا، وهنـا قد يـطرح سؤال حساس في هـذا السياق هـو: هل هنـاك ثمـة مخـاطر تتـرتب عن الاستمـرار في الشـرب حتى في أقصى درجـة ضبط الذات؟

الجواب هو أن هذا السؤال يمكن الاجابة عليه فقط من خـلال معالجة الفرد في الوقت الذي يتلقى فيه أفضل التوجهات والارشادات من قبل معالجه

٣ ـ السببية (الأسباب) Etiology :

رغم الجهود الكبيرة التي بذلت، لم تكشف الدراسات عن وجود سبب واحد لظاهرة الكحولية وذلك خلال خمسين سنة تقريباً من البحوث والدراسة، أي بتعبير آخر لم يتمكن الباحثون في هذا الميدان من عزل عامل (أو سبب) بيولوجي، أو سيكولوجي أو اجتماعي عزيت اليه الكحولية ورغم وجود أبحاث مشجعة تناولت العوامل البيولوجية في سبب الكحولية الأمر الذي فرض بذل الجهود للتعرف المبكر والوقاية (فرانك ١٩٨٥)، الاّ أن التحديد الدقيق للسبب الفيزيولوجي النوعي في الحالة الفردية للكحولية لايبدو عملياً في الوقت الحاضر ولعل الاتجاه الاوفق في مجال البحث والكشف في هذا الميدان هو في المعاينات العميقة السابرة للعوامل المسببة للعديد من العوامل والمسببات.

من هذه العوامل الاستعدادات المسبقة التركيبية الارثية، والأنماط الأسرية والثقافية في تعاطي الكحول، وقصة تعلم الفرد على الكحول، وجهاز المعتقد عند الشارب حيال الكحول (أو مواقفه ومعتقداته منه). والسيطرة الذاتية والقضايا الأخرى ذات الصلة بهذا الموضوع (West 1984, Royce 1981). من ناحية أخرى هناك العديد من الدراسات التي أجريت على التوائم فأكدت العنصر الوراثي أو التركيبي في الكحولية (بوهمان ١٩٧٨، كودوين ١٩٧٦). وهناك أيضاً دراسات أجراها فيلانت (١٩٨٣) أشارت الى أن وجود أحد أفراد الأسرة كحولي هو مؤشر قوي للكحولية، ثم ان ليس الأمر

نوعياً أن يكون (الأب أو الأم) كحولياً بقدر ما تكون الكحولية موجودة في أفراد لأسرة معينة للتنبؤ أي أفراد سيكونون معرضين لمشكلات كحولية سيئة.

وبصرف النظر عن التأثيرات الحضارية والبيئية فإن كثرة النوع الارثي للكحوليات في تركيب الفرد تشير الى وجود استعداد مسبق (وفقاً لعمليات بيولوجية غير محددة) نحو تطور الموقف والمشكلات الكحولية مع تقدم العمر وننبه الى أنه من الأهمية بمكان الاستعلام عن القصة الكحولية في الأسرة عند اتخاذ القرار التشخيصي وبغرض الخطة العلاجية والوقائية المبكرة. وكلما كان تاريخ الأسرة مليئاً بالمدمنين، كان الادمان مترقياً وخطراً في الفرد المدمن في العائلة نفسها، وأقل قدرة في السيطرة على مقدار شربه. وما من شك أن الفروق العرقية في مشكلات الكحول هي معروفة منذ حقبة غير قصيرة، وهذا ما يدل على وجود نماذج أسرية وحضارية في تعاطي الكحول وما يترتب عنه من مشكلات صحية واجتماعية وسيكولوجية

ومن المعروف أن الشعوب القاطنة في جنوب أوروبا والبحر الأبيض المتوسط حيث تبدو مشكلات الادمان أقل شيوعاً، نجد أن التبيؤ الاجتماعي الباكر الخاص بالكحول والمواد المبدلة للمزاج يختلف عن الارث الاجتماعي لشعوب أوروبا الشمالية. ثم إن شعوب جنوب أوروبا لا تختلف فقط عن شعوب أوروبا الشمالية في شرب الكحول ولكن أيضاً بنوع المشروب المستخدم وبالتحمل في مزجه للوصول الى نشوة السكر المطلوبة. وفي دراسات العلامة

فيـلانت (١٩٨٣) يبــين لنــا أن سلسلة النسب عنــد الاوروبيــين الشماليين تعد مؤشراً هاماً للمشكلات المستقبلية الخاصة بـالكحول. ويضيف ناثان (Nathan 1980) الى أن التأثيرات الحضـارية، الثقـافية لا تكون وحدها الفاعلة في مشكـلات الكحوليـة، ولكن هناك أيضـاً الظروف الاجتماعية الأخرى التي تشترك وتسهم في هذه المشكلات.

فالمتحولات الثقافية الثانوية مثل الضغـوط الصادرة عن النـد، وتـوافر المشـروبات الـروحية، وسمـات مـطالب بعض الجهـات التي تحرض على الامعان في الشرب والافراط فيه، وأنمـوذج سلوك الشرب المنحرف تعد عوامل مؤهبة لظهور المشكلات الكحولية فهذا التعلم الاجتماعي في شرب المسكـرات يعزز الاتجـاه القائـل «إن ثمة بعض الأنماط الحضارية تدعم الكحـولية من خـلال مواقفهـا بقبول السلوك المخمـور، وتجـاهـل النتـائج وجعـل المشــروب جـزءاً من الهــدف الاجتمـاعي المرغـوب». من معاينـة اضطرابـات الشخصية التحتيـة الخفية كسبب في الكحولية وفق ما شرحنا آنفـاً، نجد أن الكحـوليين يواجهون مشكلات الكحول وعقـابيله كعرض Sympton لتـركيب في الشخصية سابق الوجود. وتعلل النظريات النفسية التحليلية أسبـاب الادمان الى ثبات في نمـو اللبيدو (الشبق الفمي) أو الى عـدم استقلال الشخصية الَّا أنه ولا رأي من هـذه الآراء المرتبـطة بالشخصيـة من الوجهة التحليلية أمكن اقامة الدليل عليها مادياً فالدراسات الخاصة التي تنـاولت سمـات الشخصيــة التي تميـز بــين الكحـوليــين وغـير الكحـوليـين قبـل الـوصــول الى الادمـان الكحــولي لم تجـد (هــذه الدراسات) نتائج ايجابية (Room, Meller 1976). والأمر الأكثر دهشة

أن السمات السيكولوجية المختلفة التي نراها في البشر العاديين نراها أيضاً عند الكحوليين. وأشار فيلانت (١٩٨٣) الى أن وجود الكحولية ذاتها تنبؤ بصحة نفسية سيئة وليست الصحة النفسية السيئة تمهد لنشوء الكحولية وعلى هذا فالكحوليون لم يتضح أنهم يختلفون قبل مرضهم عن غير الكحوليين في الشخصية أو في التكيف العام. ولكن هذا لا يعني طبعاً أن مثل هذه الفروق غير موجودة، فالقضية ما زالت بحاجة الى مزيد من البحث.

وننبه الى ناحية هامة جداً في خصوص علاج الادمان على المواد المبدلة للمزاج هي «إن النظريات العلاجية التي تستهدف ازالة أو تخفيف صراعات الشخصية الخفية التحتية أو التي تتناول ضعف قوة الأنا وذلك من أجل علاج الكحولية، هذه التقربات بذاتها هي غير فعالة ولا مجدية، فالشيء الثابت والأكيد القاطع أن المشكلات الانفعالية والسلوكية والتكيف الاجتماعي تنمو وتتطور وتتفاقم كنتيجة للادمان على المخدرات والكحول».

ولعل أفضل استراتيجية لتوجيه هذه المشكلات وتدبرها هي أولا في ازالة الكحولية ومن ثم التعامل مع الأعراض الارتكاسية الناجمة عنها مثل الصعوبات الانفعالية

وعلى مستوى الممارسة السريرية ينصح بتوجيه الاهتمام نحو المشكلات التي ظهرت خلال سنوات الشرب، وهذا ما سيكون موضوع كلامنا في الفصول المقبلة.

٤ ـ نظرية التعلم:

عموماً إن نظرية التعلم التي رسخها العلامة السيكولوجي

باندورا ووصفها (١٩٨٢) والتي طبقها ناثان وجماعته (١٩٨٠) على مشكلات الكحولية تبدو نافعة ومفيدة في وصف ما نعلمه عن سبب الكحولية والواضح وهذا ما نرغب أن يفهمه القارىء، لتصبح مرتبطاً متعوداً مدمناً على الكحول أو المواد المبدلة للمزاج سيكولوجيا وفيزيولوجيا، فإن مثل هذا التعود هو أكثر من نتيجة لتأثير كيميائي مباشر، (أي مادة مخدرة) فالافراد الذين لديهم استعداد مسبق ارثي يتحملون فيزيولوجيا الكحول بدرجات أكبر ولديهم عجز في قدراتهم على تمييز ووعي درجات انسمامهم بالكحول، كما لديهم استعداد مسبق ثقافياً في التكيف الباكر على تناول الكحول. وفي أي من هذه الحالات نجد أن هؤلاء المدمنين لسوء حظهم يعجزون عن تعلم تناول الكحول تناولا مناسباً معتدلا لا يؤذي صحتهم النفسية أو البدنية فسوء استخدام الكحول والافراط في شربه يقود الى تعود فيزيولوجي وسلوكي متعلم، وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن انقاص التوتر النفسي واضعافه بفعل تناول الكحول، ولكن نتيجة معتقدات وتوقعات الشارب حيال ما يفعله الكحول في نفسيته اضافة الى مدركاته وتفكيره اللاعقلاني. فهذه الأمور هي المتحولات المعززة الهامة في ترسيخ الادمان وتعزيزه. فالمعتقدات أن الكحول يضعف التوتر النفسي، ويزيد الفعالية الاجتماعية أو يمنع الانزعاج النفسي، هذه المعتقدات تسهم اسهاماً كبيراً في مساعدة الناس على تعلم شرب الخمرة بصورة غير تكيفية بدائياً ومن ثم الابقاء على هذا السلوك اللاتكيفي

ونافلة القول إن المراجعة التي نحن بصـددها للعـوامل المسببـة للكحولية وللمواد المبدلة للمزاج ترى أن الأفراد الذين يصابـون بداء الكحول واختلاطاته المرضية ليسوا بالضرورة هم مختلفين عن غيرهم من البشر في السمـات الشخصيـة قبـل مـرضهم بهـذا الـداء كعــدم استقلال الشخصية، أو بمشكلات التكيف السيكولوجي عندما كانـوا أطفالا والاختلاف عن غيـرهم س البشر الأسويـاء ينحصر فقط في وجـود قصة كحـولية في أفـراد أسرهم وعـوائلهم، وفي وجـود أنمـاط حضـارية في هـذه الأسر تميل الى استخـدام الكحول، ثم إن الأفـراد الذين يعانون من مشكلات كحولية كثيراً ما نجد لديهم:

أ ـ قصة تعلم نوعية يترتب عنها الركـون الى الكحول والتعـود النفسي عليـه كـوسيلة لاضعـاف التـوتـر النفسي والحصـول عـلى النشـوة المطلوبة السارة.

ب ـ الافـراط في شرب الكحـول افراطـاً مزمنـاً رغم الاختـلاطـات السيئة المترقية الصحية الناجمة عن هذا الافراط.

جـ ـ سلسلة من المعتقدات المتصارعة الخاصة بشرب الكحـول، ومع ذواتهم ومـع الغير، الأمـر الذي يتمخض عنـه تعزيـز الميـل الى شرب الكحول تعزيزاً غير تكيفي.

ثم إن المشكـلات السيكـولـوجيـة والاجتمـاعيـة والمهنيــة والصحيـة هي نتيجة الادمـان عـلى الكحـول وليست السبب أو العلة في هذا الادمان.

٥ ـ فعالية المعالجة:

طرحت علينا دراسات كل من ميللر وهيستر (١٩٨٠) ما مفاده

أن معالجة الكحولية تنجح بنسبة الثلثين من المرضى حيث يطرأ تحسن ملموس على أحوالهم، وخلال مدة قصيرة، بينما الثلث الباقي يحتاج الى فترة علاج طويلة، وهذه المعالجة تضمنت الدراسات التي تمتد من البرامج الخاصة باعادة التأهيل الى الأشكال العلاجية الأقل شدة مع فروق قليلة في النتائج العلاجية

ويشير براندسما (Brandsma 1980) من خلال مراجعته لعلاجات مرضى تعالجوا في عيادات خارجية، إنه رغم وجود متغير حدي هام في أنواع المعالجة، وفي سمات المرضى المعالجين، فإن المعالجة عموماً تبدو أكثر فعالية من لو لم تطبق أية معالجة وتأثير هذه المعالجة يضعف مع مرور الزمن وتقادمه ويضيف أيضاً الى أن جميع أنواع العلاج النفسي المنفذة خارج المشافي تعطي مردوداً يتراوح بين درجة متوسطة الى عالية في تحسين حالة المريض المدمن، وهذه المعطيات تبرز صعوبة التمييز بين الحسنات النسبية لأساليب العلاج المختلفة نظراً لأن جميعها تبدو متفوقة على الوضع الكحولي لو لم يعالج ووجد براندسما أيضاً نتائج مماثلة حيث قارن العلاج السلوكي العقلاني مع العلاج النفسي الاستبصاري، ومع مجموعات ضبط تجريبي لم تعالج وهذه النتائج أظهرت تفوق جميع العلاجات على المجموعات التجريبية التي لم تعالج

ومرة ثانية يطالعنا فيلانت (١٩٨٣) في نتائج دراسته التي أشارت الى وجود ٢٠٪ من الكحوليين يشفون تلقائياً أو يصبحون في حالة كف وضبط بدون معالجة. أما أولئك الذين يستمرون في

الشـرب فتتـطور حـالتهم نحـو مشكـلات اختـلاطـات صحيـة وسيكولوجية، فلا يشفون أو يتحسنون بدون مداخلة عـلاجية ففي تلك الـدراسة والتي امتـدت من عام ١٩٤٠ حتى عـام ١٩٨٠، كان طـريق الشفاء متميـزاً من خلال الاسهـام والاشتراك في الانتـظام في صف الكحوليين الذين شفوا Alcoholics Anonymous، (هنـاك عدة أفـراد عـولجـوا بـالعـلاج السيكـودينـاميكي وبـالعـلاج المـوجـه الاستبصاري، أفادوا خلال عملية المتـابعة العـلاجية أن انخـراطاً في هذا النمط من العلاج أخر كثيراً من شفائهم لأن هذا العـلاج توجـه نحو تبديل شخصياتهم وليس ايقاف تعاطيهم للكحول).

وبالطبع فإن المعـالجة بـالنسبة للمـوغلين في الكحول لا تكـون مؤذية أو مميتة. ويعلمنا فيلانت (١٩٨٣) عن مئـة حالـة تم قبولهـا في عيـادة علاج الكحـوليين، واتضـح في هذه الـدراسة أن المسـرفين في الكحولية الـذين لم يبدلـوا من شربهم، كـانوا عـرضة للمـوت بسبب الكحولية ذاتها. وهنا يشير فيلانت الى المأزق الذي يـواجه المعـالج في علاج الحالات المترقية الشديدة الخطورة من الكحولية فالمأزق الذي يقصده فيلانت هو أن العلاج في مثل هذه الدرجات الشـديدة، رغم كـونه بـاهظ الثمن فلا يـوجد مـا يضمن الشفاء وننـوه هنا أيضـاً لا يتمخض عن أية معالجة بدون مردود شفاء أو حدوث وفاة، وأن آخـر مـا يمكن أن يقدمـه العلم في هذا الميـدان أنه قـد لا يستطيـع أن ينقذ مريضاً كحولياً ما ثم إنه بدون مداخلة علاجية فإن المدمن في معظم الأحيـان عرضـة للدمار والانتهـاء. هذا ورغم النتـائج غـير المشجعة وحتى بواسطة الأشكال العلاجية المتعددة الأنـظمة مثـل التي تقدمهـا

المؤسسات الصحية ذات النظم العلاجية الداخلية للمرضى، فإنه لمن الواضح أن الكحوليين يصيبهم الحظ بالشفاء.

وقد يتساءل القارىء، كيف يتم ذلك؟ وما هي الاجراءات التي توصل الى الشفاء؟

على غرار القضايا الأخرى المتعلقة بالكحولية هناك جدل كبير يدور حول الظروف والشروط الضرورية والكافية كيما يتحقق الشفاء. فالأفراد يعتريهم التبدل والتغير في أنماط سلوكهم التي تقودهم الى الشفاء من الكحولية مثل الاختلاط في صف الكحوليين الذين شفوا، والعلاج داخل المستشفى والعلاج النفسي والتدين، والتدريب المنفر، (الاشراط المكره للكحولية) وحدوث تبدل في ظروف الحياة، وخليط من الظروف والمواقف المذكورة. وبالطبع لا يوجد مسلك أو طريق وحيد يؤدي الى الشفاء بحيث يطبق في جميع الظروف.

ويرى براون أن احدى الخبرات الهامة التي تقود الى الشفاء هي العلاج النفسي. ورغم أن جماعة السلوكيين يختلفون مع براون بعض الاختلاف، الاَّ أنهم يوافقون على معتقده في قيمة العلاج السلوكي المعرفي، ومرونته وفعاليته وتوجيهه في الشفاء من الكحولية.

ويتعين على المعالجين الاَّ يكونوا متشائمين حيال العلاج نتيجة تجاوب القلة من الكحوليين للعلاج في حين يكون نصيب النسبة الكبرى منهم النكس. وغالباً ما يعتقد المعالجون النفسيون أن مداخلاتهم العلاجية يجب أن تؤدي الى الشفاء ومنع حدوث

المشكـلات المستقبلية ولعـل المـوقف الحكيم المتـوازن هـو أن يبـدل المعالجون مں توقعاتهم حيال علاج الكحولية ويـرفعون عتبـة تحملهم للفشل، وعليهم أن يقبلوا علاج الكحولية كأمر مساعد ومعين.

٦ ـ الخلاصـــــة:

أ ـ الكحـولية هي مشكلة متعـددة الجوانب والعـوامـل، ويـوجـد مـا يبرهن على أن العوامل الارثية، والأسرية، والثقافيـة (الحضاريـة) تتفـاعل مـع قصة تعلم الفـرد الاجتماعيـة لشرب الكحـول وهذا يترتب عنه حدوث تعود فيزيولوجي وسيكولوجي على الكحـول في كثير من الحالات. ويمكن القول أنه سواء نظر الى الكحولية نـظرة مرض أو اضطراب يرتبط بالصحة السلوكية، فإنها في كل الأحوال تصبـح وخيمـة العـــواقب إذا لم يتم عـلاجهـا. ورغم أن بعض المعالجات قد يصيبها النجاح في علاج حـالة معينـة، (وهذا الأمـر يتوقف أساساً على عـديد من العـوامل تـرتبط بخصائص المـريض وسمـاته مثـل حدة المشكلة، والسن، ودرجـة التعود البـدني عـلى الكحول، ومحاولات المريض السابقة للكف عں تناول الكحـول، ومدى الاخفاقات التي أصابته في هذه المحاولات، ونوعيـة المحيط الاجتماعي الداعم الذي يعيش فيه وغيرها) فإن قرار المريض بالاقلاع عن تنـاول الكحول وتبـديل سلوكـه حيالـه، اضافـة الى الالحاح على الكف والمتابعة العلاجية المستمـرة لهذا القـرار المتخذ مں جـانب المـدمں هي المـــطلب الضـروري والشـــرط الأسـاسي لايقاف هذا الاضطراب، ومن ثم الوصول الى الشفاء منه في نهاية المطاف

ب ـ أبانت الدراسـات المختلفة التي تمت عـلى مرضى عـولجوا داخـل المستشفى وبالعيادات الخارجية أن هنـاك نسبة قـوامها مـريضان من أصـل ثلاثـة مرضى أصـابهما التحسن بفعـل العـلاج الـذي تلقياه خلال فترة قصيرة. ولكن هـذه الفعاليـة العلاجيـة تتقوى وتتعزز مع مرور الوقت والمثابرة. هذا ورغم أنه لا يـوجد شفـاء مؤكـد من الكحوليـة ولا أحد يضمن ذلـك، وبخاصـة إذا كان الاضـطراب حاداً ومـرسخاً، الاّ أن عـدم اللجوء إلى المعـالجـة يترتب عنه ترقي الاضطراب وتزايده سوءاً في الانذار Prognosis لـذا فإن المعـالجة للكحـولية تبـدو ضروريـة في مختلف صورهـا وأنماطها. وإن أفضل صورة لمظاهر الشفـاء في الكحوليـة هي في التبدل السلوكي والمعرفي اللذين يتضمنان العديد من العوامـل. فـالعلاج النفسي الـذي يتناول ازالـة الاضطراب النفسي التحتي المفترض من خلال الاستبصار السيكوديناميكي، هذا النوع من العـلاجح ثبت فشله وعـدم جدواه في الكحـولية عمـومـاً أمـا العلاج النفسي الرامي الى مساعدة الفرد المدمن مسـاعدة نـوعية في التعـرف على مشكلتـه بكـونـه مـدمنـاً وقبـول وجـود هـذه المشكلة، ومس ثم عقد النية الصادقة والعـزم المكين عـلى تبديـل تفكيـره ومشاعـره وسلوكه التي هي نتيجـة ادمانـه المـرضي عـلى الكحول واستمرار شربه، نقول مثل هذا العلاج المتفاعل القائم بـين المعالـج والمريض هـو الـذي يسهـل الشفـاء والتخلص من الادمان.

جـ ـ إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني (الفكري) الذي يعطي أنمـوذجاً

وتفسيراً للاضطراب الذي يعتري الانسان، وهو في الوقت نفسه الطريقة الفعالة التي تساعد المرضى على تعلم مساعدة أنفسهم س خلال ايقاف شرب الخمر، والابقاء على هذا الامتناع والكف، هذا النوع من العلاج الحديث يسهم اسهاماً فعالا في تنمية عملية الشفاء من الادمان ودفعها قدساً الى الامام وهكذا يمكننا القول أن الفرد المدس الذي صمم على تبديل موقفه مں شرب الخمر، وتعاطي المخدرات وثابر بجد وانتظام على مكافحة أفكاره الانهزامية التي توحي له شرب الخمرة وتزينها له كأفضل متعة ومسرة، وتبديلها بأخرى ايجابية، ووقف صامداً في وجه الاحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المسكر أو المخدر، وكابر بقوة وتحمل الانزعاج الانفعالي الذي يسببه في الكف عں الشرب مع التصميم على التصدي للمعتقدات الخاصة اللاعقلانية التي تثيرها وتؤججها الميول الادمانية، والأنا الضعيفة، نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من العلاج الذي يقربه من الشفاء والتخلص من الادمان بشتى الوانه وضروبه.

الفصل الثالث

الادمان من وجهة نظر النظرية الانفعالية ـ العقلانية

إن غرضنا من هذا الفصل هو طرح أنموذج السلوك الادماني، والقاء أضواء عليه من جميع الجوانب بهدف مساعدة المعالج الذي يأخذ بهذا النوع من العلاج ويعيش مبدأه، لتطوير استراتيجيات معالجة وإحكام فعالياتها. وفي معرض شرحنا لهذا الأنموذج الادماني سوف لن نفصل تفصيلا موسعاً في الاطار الكلي الجامع لنشوء وأسباب السلوك الادماني بقدر ما نأتي على ذكر نظرية استمرار العَرَض المرضي الادماني ومسألة تبديل هذا العَرَض.

والجدير بالذكر أن المتحولات (العوامل) السيكولوجية والسلوكية والمعرفية هي واحدة ومتماثلة في جميع أنواع الادمان وبشتى ضروبه وألوانه سواء أكان الادمان على الخمرة أم الدواء ـ أو المخدر، وهذا ما أكدته الدراسات والمعاينات الحديثة اليوم (Brownell, Mar-lat, Wilson 1986)، وناصرتها في هذا التأكيد المؤسسة الوطنية الأمريكية لسوء استخدام الأدوية (Levison 1983).

١ ـ علم السببيات Etiology

في اعتقاد العلماء والبحاثين أن النظريات المطروحة حالياً في حلبة العلم، ومعطيات الأبحاث الجارية الرامية الى اماطة اللثام عن مسببات الادمان على الكحول والاضطرابات الأخرى ليست كافية

ولا مستكملة أسبابها وتطورها بما تمكن المعالج من وضع خططه العلاجية على أسس فعالة ومضمونة النتائج فنظريات الأسباب (السببيات) يمكن أن تؤخذ كذرائع، وليس كأمر يترتب عنه تبديل حادثة أو نتيجة. ذلك لأن العوامل المسببة المفترضة هي على درجة كبيرة من العمق والتعقيد، ومتشعبة وبيولوجية (Schuckit 1981). فالمعالجون العاملون في ميدان الصحة النفسية المهنيون والذين يتعاملون مع المدمنين على مستوى العلاج قد يجدون في معطيات نظريات السببية القائمة بعض العون والأمل بحيث أن جهودهم العلاجية تقدم عوناً للمريض ملموساً وحقيقياً

٢ ـ العوامل البيولوجية:

هناك برهان أخذ في التنامي والتعاظم يؤكد على ضلوعية العوامل البيولوجية في مسألة الادمان على الكحول، اضافة الى التأثيرات الحضارية الثقافية (McClean1981, Critchlow). وفي رأي بعض المعالجين أن ضلوعية العوامل البيولوجية في هذه المسألة تؤدي منطقياً الى التشاؤم في علاج الكحولية. ولا مراء، ان النظرية الانفعالية ـ العقلانية نفترض دوماً أن الكائنات الانسانية هي عضويات حيوية بيولوجية وان علم الأمراض النفسي الخاص بهذه الكائنات هو في أغلب الأحيان يعود بجذوره الى علم بيولوجيا هذه الكائنات (Ellis 1976). ولكن هذا لا يمنع من أن نجد بعض البشر هم أكثر ميلا الى التفكير اللاعقلاني من غيرهم، أو لديهم عتبة منخفضة في تحمل القلق، والاكتئاب، والغضب وسيطرة أقل على

نـزوعاتهم أو ضعف في تحمـل الاحباط. وهـذا أيضاً مـا ينطبق عـلى مسـألة الادمـان، إذ هنـاك مـا يبـرر الافتـراض أن بعض الأفـراد في جبلتهم الاستعدادات البيولوجية الارثيـة للادمـان على المسكـر والمواد المؤثرة على العقل (المبدلة للتفكير). الاَّ أن المضامين المنطقية لمثل هذه السببية البيولوجية لا تعني اليأس وفقدان الأمل من علاج المدمن بقدر ما تعني أهمية الالحاح على بذل جهد ارادي أكبر للتغلب على الادمـان من جانب المتعالج لهذا فإن النظرية الانفعاليـة ـ العقلانيـة تقول ان السلوك بـرمتـه تحـدده عـوامـل متعـددة لـذا فـإن المـرضى الـذين في مكنـوناتهم الاستعـداد الأرثي المسبق البيولـوجي والقـوي للوقـوع في براثن مشكلة نوعيـة، كالادمـان على المخـدرات والمسكرات، يتعـين **عليهم الاستعانة بقواهم السيكولـوجية الكـامنة في نفـوسهم للتغلب على تأثير العنصر البيولوجي الارثي للمشكلة**

والحق يقـال: انه اذا كـانت حقيقة أن في الكحـوليـين العنصر البيولوجي الارثي في الميل الى الخمرة، أو النزوع نحوها والرغبـة فيها فما هي إذن مضامين العلاج؟ تجيب النظرية الانفعالية ـ العقلانية على هذا التساؤل بالقول: إن علينا أن نواجه الانتكاسـات مراراً وتكـراراً عنـد معالجـة الادمـان عـلى المسكـرات وتكـون في منـظورنـا دومـاً. فـالكحوليـون إذن لا يحتاجـون فقط الى بذل جهـد أكبر بـل أيضاً الى المزيد من الجلسات العلاجية قبل أن ينعطف سلوكهم الادماني ليأخذ المجرى نحو التحسن والسيطرة. ثم علينا أن نتـوقع أيضـاً أن الجهود المبذولة لكبح المد النزوعي البيولوجي والسيطرة عليه قد تكـون دائمة ومستمـرة طـوال الحيـاة من جـانب المـريض الـذي وقــع في بـراثن

الادمـان، لـذا يتعـين أن نعلم المـرضى الاّ يتـوقعـوا «الشفـاء التـام» والتخلص نهائياً من هذا النزوع الملح نحو المخـدرات أو المسكرات، بـل أن يغالبـوا هذا النـزوع طـوال حيـاتهم ليجعلوه في أدنى حـد من النشـاط والدفـع، أي بتعبير آخـر أن يقبلوا حقيقـة واقعهـم ونـظرتهم ويشهروا حرابهم دوماً في وجه هذا النزوع البيولوجي

٣ ـ الشروخ الكائنة في الشخصية:

إن معظم العاملين في ميدان العلاج النفسي التقليدي ينطلقون في عـلاجهم من الافتراض الـذي يقول أن الكحـولية والادمـان على الأدوية المخدرة في أشخـاصها مشكـلات ومتاعب في الشخصيـة على مستـوى اللاشعـور، وأن علاج هـذه المتاعب التحتيـة المحرضـة على الادمان يكفي لتخليص المريض المدمن من ادمانه

لقـد تصـدى لهـذا الافتـراض كـل من فيـلانت وميلوفسكي (١٩٨٢) فـدحضـاه في نقـطتـين النقـطة الأولى هي أن العـلاج النفسي التقليـدي فشـل فشـلا ذريعـاً في تخليص المـدمن من سلوكـه الادماني. بل أكثر من ذلك فقد حال دون ايقـاف الشرب عنـد بعض الكحوليين. والنقطة الثانية أن كثيراً من متاعب الشخصية ومشكلاتها هي نتيجـة لتعاطي الشـرب وليست المتاعب ذاتهـا سببت الشـرب أو الكحـوليـة ويمكن القـول أن هـذا الـدحض لفيـلانت وميلوفسكي للنظرية العلاجية النفسيـة التقليديـة السيكوديـناميكية اضـافة الى أن الكحول ذاته هو سبب المشكلات الشخصية والاجتماعيـة والأسريـة التي تعصف بالمدمن، هذا الافتراض هو مقبول اليـوم لدى الكثيـرين

من السيكولوجيين العاملين في حقل علاج الادمان.

الاّ أن اعادة النظر بمقولة فيلانت وميلوفسكي قد تمت حديثاً جداً من قبل كل من زوكر وكومبرج (١٩٨٦) حيث اتضح لهما وجود شرخ في علم منهجية هذه المقولة فالدراسات التي أعادت النظر بمعطيات فيلانت وغيرها ترى أن الأفراد الذين يدمنون على الكحول يشكون من مشكلات ضعف السيطرة على دوافعهم يظهر منذ باكورة حياتهم، وأيضاً مشكلات ناجمة عن عدم تكيفهم مع كل ما هو سلطة.

وبينما نجد أن الأبحاث المهتمة بالعلاقة الكائنة بين مشكلات السلوك التي تظهر في باكورة الحياة والسلوك الادماني قد تكون معينة مفيدة في الوقاية من الادمان، فإن النظرية الانفعالية ـ العقلانية ترى أن هذا الجدال يجب ألاّ يعار له أي اهتمام، ولا يقام له وزن وذلك لصالح ذلك المدمن الذي الآن في محنة الادمان على المسكر أو غيره من المواد المخدرة.

فعلى مستوى الممارسة السريرية (الاكلينيكية) فنحن نواجه عادة بمرضى لهم قصة مشكلات فقدان ضبط الذات وضعف السيطرة في وجه النزوعات أو غير ذلك من مشكلات الشخصية، اضافة الى شريحة من المرضى فشلوا في انضاج شخصياتهم، وذلك نتيجة الخبل الكحولي الذي عاشوه لعدة سنين. فقضية مسببات الكحول أو المخدرات لا ترتبط كثيراً بالكيفية التي يجب أن تعالج بها كحولية المرضى في المراحل الأولى من العلاج ولا تكون ضرورة لتعلمنا أين

يتعين علينا أن نتدخل لنجعلهم يكفون عن تعاطي المادة المخدرة أو الاستمرار في الكف، فالعلاج في أساسه هنا يتركز على النظرية التي توضح كيف يبقى المدمن على سلوكه مستقراً أو ثابتاً راكناً الى هذا الادمان، وهذه أهم ناحية في العلاج.

إن المرضى الذين يتلقون العلاج ضد الادمان والذين لديهم مشكلات نفسية ما قبل المرض بالادمان غالباً ما ينزعون الى سلوك مماثل في الميادين الأخرى من حياتهم، فالمريض غير القادر على ضبط سلوكه الادماني ودوافعه في الشرب فانه ينزع الى سلوك فيه ما يهزم الأنا والذات، أي انهزامي أيضاً أمام المشكلات الأخرى الحياتية Self - defeating impulses وأيضاً نجد أن الفرد غير المستقل الشخصية، المرتبط بالغير والذي يتجنب المسئوليات باللجوء الى الشرب كآلية هروبية، فإنه غالباً ما ينحو على هذا النحو في سلوكه ازاء المسئوليات الأخرى الحياتية التي تواجهه وهكذا نجد أن الهدف الأول في الاستراتيجية العلاجية القائمة على النظرية الانفعالية ـ العقلانية هو في التركيز على ما نسميه بالمعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن المريض ازاء ادمانه على الكحول أو المخدرات والتي تجعله مرتبطاً بسلوكه الادماني أسيراً له ومن ثم ينتقل التركيز العلاجي الى المشكلات السلوكية الأخرى عندما تظهر وعادة ما تظهر وثمة ناحية أخرى جديرة بالذكر هي أن أنماط السلوك المضطرب التي تخلق الشخصية المدمنة تتظاهر بتفكير لا عقلاني مماثل. وهكذا فإن المعالجين المختصين بالعلاج الانفعالي ـ العقلاني يعقدهم الأمل (وليس بالضرورة أن يتوقعوا) أي من خلال علاجهم شخصية المدمن

بايقاف تعاطيه للمخدر أو المسكر، وجعله يناهض معتقداته الخاطئة في الخمرة، هذه النتيجة سيتعمم أثرها ونفعها لتحسين التفكير المنطقي العلاني الجديد عند هذا المريض فيشمل المجالات الأخرى من حياة هذا المريض. **أي بكلمة أخرى ان تصحيح معتقداته الخاطئة لا ينحصر فقط في مجال ادمانه، بل أيضاً في أنماط تفكيره الجديد الذي انبثق عن هذا التصحيح للمعتقد أو التفكير ليحسن تكيفه في مشكلاته الأخرى الحياتية التي تعترضه.**

وهكذا فإن المرضى الذين يعانون مشكلات بالشخصية ناجمة عن تعاطيهم المسكر أو المادة المخدرة لفترة طويلة تقدر بالسنين، يكون العلاج العقلاني العاطفي متركزاً عادة على ناحيتين هامتين، الأولى علاج الادمان ذاته بالكف عن تعاطي المسكر والثانية معالجة مشكلات الشخصية التي ترتبت عن تعاطي المخدر أو المسكر (أي الاختلاطات). ومثالنا على ذلك المريض الذي لم يتعلم التغلب على خوفه من الجنس الآخر (النسوة)، وسبب هذه الاعاقة التعلمية انه دوماً في حالة سكر وتخدير وبذلك لم يزل تحسسه من هذا الخوف من رفضه من قبل الجنس الآخر، ولا تعلم المهارات الاجتماعية الملائمة للتغلب على هذا الخوف في هذه الحالة لا يعمد المعالج أولا الى التعامل مع هذا الخوف الذي بدوره إذا ما تمت ازالته يتوقف عن تعاطي المشروب أو المخدر، ولكن يتعامل مع الادمان ذاته فيوقفه، ومن ثم مساعدة المريض بعد ذلك على تعلم الطرق الجديدة في العلاقات الجنسية والاجتماعية التي تضعف مخاوفه وتمده بالمهارات الاجتماعية المتعلمة الجديدة.

٤ ـ أهمية التحمل المنخفض للاحباط:

تفترض النظرية العقلانية ـ الانفعاليـة العلاجيـة أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للاحباط، وهذا مـا نجده بخـاصة في الادمان. وقد طرح العلامة السيكولـوجي المعروف أليس Ellis (وهـو صاحب النظرية العقلانية ـ الانفعالية وعرابها) تعبيراً جـديداً أسمـاه قلق الانزعاج discomfort/anxiety أو اضطراب الانزعـاج في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعتري المدمن نتيجة تفكيـره اللاعقـلاني في موضوع ادمانه وهـواه وبفعل التحمـل المنخفض للاحبـاط الناجم عن امتناعه عن الشرب أو تناول المخدر ويتصف هذا القلق المـزعج في توقع المدمن للألم والانزعاج وعـدم المسرة والكـدر. وهذه المشـاعر كما ذكرنا هي محصلة المعتقد الخـاطىء الذي يحمله المـدمن بكون الألم أو الانـزعـاج همـا أمـران لا يحتمـلان من قبله ويتعـين عليـه عـدم تحملهما، بل ولا يستطيع ذلك، وهذا المعتقد نراه صـراحة وواضحـاً عند المدمنين. ومن المناسب هنا توضيحاً لهذه الناحية الحساسة الهـامة في عـلاج الادمان، أن نـذكر ونتعـرف على أنمـاط المعتقدات الخـاطئة المختلفة التي يولدها المدمن في تفكيره وتكون منعطف العلاج عنده.

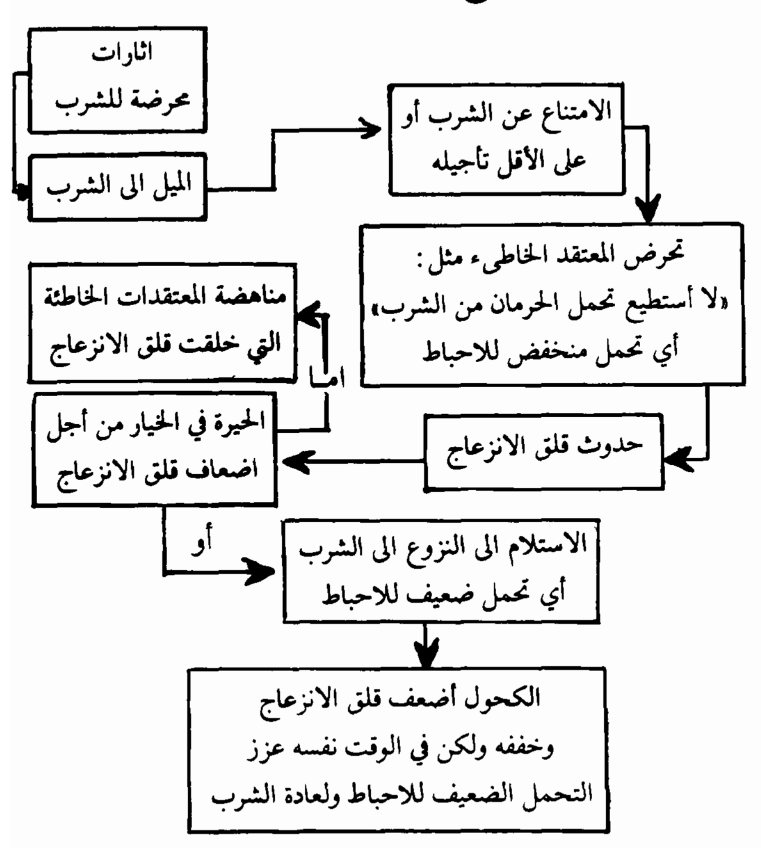
أ ـ التحمل المنخفض للاحباط يفتت ارادة الكف عن تعاطي المخـدر أو المسكر:

لعل الديناميكية المعرفية الأوليـة التي تولـد الادمان وتبقي عـلى وجـوده هي ما نسميهـا أنموذج التحمـل المنخفض للكف أو الامتنـاع (أنـظر الشكل رقم ١). فمعـظم الأفـراد الـذين تعتـريهم مشكـلات تـرتبط بالعجـز عن السيطرة عـلى النزوعـات والدوافـع ينطبق عليهم

تفسيرات الشكل رقم (١) بصرف النظر عن نوعية مادة الادمان (المسكر أو المخدر أو الدواء المحدث للتعود). فهؤلاء ينغمسون بلا ضبط ذاتي في شرب المسكرات وتناول الطعام، وتعاطي الهيروين والأفيون والأدوية النفسية، والتهافت على الجنس، والقمار، والمغامرات العاطفية الطائشة.

الشكل رقم (١)

الكف وأنموذج التحمل المنخفض للاحباط



تبدأ الديناميكية الموضحة في الشكـل رقم (١) عندمـا يتعرض المـدمن الى المثيرات والمنبهـات التي تحرض عنـده الميل الى الشـرب أو المخدر (السلوك الادماني المخـرب)، وقد تكـون المنبهات أو المثيـرات رائحة الخمر المنبعثة من الخمارة، أو المنبعثة من قطعـة حلوى ممزوجـة بالخمر، أو رؤية شخص يتعاطى الخمـرة وغيرهـا أو الجلوس مع شاربي الخمرة. هنـا يتصارع الميـل مع الامتنـاع عن تلبية الميـل. وأن القرار الذي يتخـذه المدمن الـذي يتعرض الى اغـواء الخمرة يعـد هنا الحادثة المنشطة activating event في نظريتنا التي شرحنـاها بملخصهـا A B C S، إذ أن الحرمان المؤقت أو الكف الذي يفرضـه المدمن عـلى نفســه بعدم شـرب الكحول أو تعـاطي المخدرات يلحق بـه أو يتبعـه عادة شعور بتحمـل منخفض للاحبـاط يصدر عـما يدور في ذهنـه من أفكار ومعتقدات نابعة من غواية الخمرة وارتباطه بها، أي المعتقـدات الخاطئة irrational beliefs وهذه المعتقدات التي تجول وتطوف في فكره عادة تأخذ الصور التالية من الأحاديث مع الذات:

- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.
- يتعذر عليَّ ممارسة عملي والتناغم معه.
- لا أمتلك الارادة الكـافية والقـوة للوقوف في وجـه غوايـة المخدر أو الخمرة.

- يصعب علي تحمل حرمان الرغبة في الشرب.
- سأكون انساناً محروماً حرماناً قاسياً إذا لم أشرب الخمرة.
- تبدو الحياة صعبة جداً علي لذا فالخمرة هي عزائي وسلواي.
- للتغلب على مصاعب حياتي، فالخمرة هي ملاذي التي استيعين بها.

- أضيع على نفسي المسرات إذا كنت في جو أنس ومتعة ولا أشرب فيه الخمرة أو أتعاطى المخدر.
- عندما أكون متألماً متكدراً لابد من اضعاف معاناتي بالخمرة.

إن مثل هذه الأفكار الخاطئة التي يحملها المدمن ويعتقد فيها تكون مصدر اضطرابه النفسي وبؤرة ضعف تحمله للكف عن تعاطي المشروب أو المخدر وبالتالي معاناته لما أسميناه بالقلق المزعج وذلك وفق الشرح الذي سبق وذكرناه في المعادلة ABC (أنظر الفصل الأول).

إن في مقدور المدمنين وبمساعدة المعالج السلوكي التغلب على هذا التحمل الضعيف للاحباط الناجم عن الكف المؤقت عن الخمرة أو المخدر بالعديد من الطرق:

١ - باستطاعتهم الانتظار والتريث وكبح النفس عن المخدر أو المسكر الى أن يخف الحاح الميل نحوه وتضعف قوته. ولكن بما أنهم يعززون في نفوسهم هذا المطلب الطفلي لجلب الراحة لأنفسهم بتعاطي الخمرة، فإن هذه الطريقة لا تحل مشكلتهم في أغلب الأحيان.

٢ - مناهضة الأفكار الخاطئة التي ذكرنا أنموذجاً عنها والتصدي لها والتي تسبب للمدمن قلق الانزعاج. ومثل هذا التصدي سيكون قاسياً ويحتاج الى معاناة من جانب المدمن حتى يتمكن من اضعاف هذه المعتقدات والسيطرة عليها واستبدالها بأحاديث ايجابية توجهه نحو سلوك جديد يناهض تعاطي المخدر وحينئذ

يضعف قلق الانزعاج وترتفع عتبة التحمل للاحباط، وهـذه هي أفضل طريقة وأنجعها.

ومرة أخرى نـذكّر القـارىء أن الآلية التي يتعـرض لها المـدمن وفق الشكل الأول الذي ذكرناه وشرحنا خـطواته هي واحـدة في جميع حـالات الادمان بصـرف النظر عن المـادة أو الدواء الـذي أدمن عليه المدمن، لذا فإن الاستراتيجية العلاجية في الادمان عمـوماً تقـوم على مساعدة المدمن في التغلب على المعتقدات الخاطئة، ورفع عتبـة تحمله للاحباط الناجم عن الكف، وازالة قلق الانزعاج.

ولعل السبب في كون الوقوع في بـراثن الادمان عـلى المسكر أو المادة المخدرة نوعاً سهلا وتمسك المدمن بادمانه هو أنه أخـذ المخدر أو الشرب لتهدئـة واضعاف قلق الازعـاج هو أسـرع وأسهل بـالنسبـة للمـدمن من اتباع الأسلوب العـلاجي السلوكي في التغلب على هـذا القلق الذي يحتـاج الى وقت وجهـد وارادة ومعـانـاة فيـما إذا اختـار العلاج السلوكي والاستراتيجيـة العلاجيـة السلوكية تفـرض عليه، كيما يتغلب على قلق الانـزعاج العـديد من الـطرق، اعتناق الفلسفـة المناهضة لمعتقداته وتبـديلها بـأخرى ايجـابية مقـوية ومـدعمة لـلأنا، والصمود في وجه النـزوع نحو المخـدر أو المسكر، تشتيت أفكـاره فلا يركزها على موضوع ادمانه، أي ايجاد بدائـل حياتيـة سارة تجعله مـع الوقت يجد فيها المسرات البديلة عن السكر والخمرة، تقويـة السيطرة الذاتية على نزوعه، عدم الاستجابة الى المنبهات والمثيرة للنـزوع نحو الادمان ومقاومتهـا وبالـطبع فهـذه الاستراتيجيـة العلاجيـة برمتهـا

تحتاج الى وقت كيما تحدث تبديل البنية المعرفية وبالتالي تغير السلوك الادماني. وخلال هذه الفترة وإلى أن تثمر هذه الاستراتيجة العلاجية وتحدث التحول السلوكي المطلوب يتعين على المدمن أن يتحمل قلق الانزعاج. ثم لا ننسى أن الأفراد الذين بطبيعتهم يتصفون بعتبة ضعيفة في تحمل الاحباط في حياتهم، ووقعوا في براثن الادمان، هؤلاء يجدون مشقة كبيرة في تحمل قلق الانزعاج، وبالتالي فإن أخذهم الاستراتيجية العلاجية التي وصفناها وشرحناها لا يكون أخذاً جدياً، وغالباً ما تكون معالجتهم صعبة وتحتاج الى جهد كبير ودعم من جانب المعالج.

٥ ـ المشكلات التي تعترض التعرف على أنموذج الامتناع عن الكحول وضعف عتبة التحمل:

رغم أن ديناميكية الامتناع ومستوى التحمل الضعيف للاحباط تبدو سهلة الفهم، فإن المعالجين الذين يأخذون بمبادىء العلاج الانفعالي ـ العقلاني غالباً ما يتجاهلون هذه الآلية الديناميكية خلال مداخلاتهم العلاجية لتبديل السلوك الادماني. ويرى الدكتور أليس Ellis (صاحب هذا النمط من العلاج ومبتدعه) إن الأغرار المبتدئين في هذا النمط من العلاج من المعالجين تفوتهم هذه الديناميكية في العلاج. ويرى أليس أن هذا الاغفال لهذه الديناميكية من قبل هؤلاء المعالجين يعود الى سببين، السبب الأول (Ellis 1979) إن قلق الانزعاج الناجم كما رأينا عن تحمل منخفض للاحباط كثيراً ما يصعب التعبير عنه لغوياً أو تحديد هويته، ولادراك هذا الاحساس أو الشعور بالانزعاج يمكنك القيام بالتجربة التالية:

اختر شيئاً مولعاً به لدرجة تشعر أنه جزء من مسرتك، كالطعام، والكحول أو الدخان أو غير ذلك من العادات. تخيل المتعة الكبيرة التي تحصل عليها من خلال تعاطيك لذائذ هذه العادة. الآن قل لذاتك الى أي حد تشعر بالاحباط والكدر والألم إذا ما حرمت من تعاطي هذه اللذة أو فطمت نفسك عنها. بعد ذلك حدد الشعور بدقة الذي ينتابك من خلال تخيل هذا الحرمان أو الفطام. ماذا تسميه هذا الشعور؟

الواقع أن هذا التدريب لو طلبنا الى العديد من الناس أو المعالجين أن يمارسوه ومن ثم نطلب منهم في نهاية الأمر تحديد ـ بدقة لغوياً ـ ما يشعرون به من خلال هذا الحرمان أو الفطام لجاءت اجاباتهم مختلفة متباينة، البعض يسميه الولع، وآخرون الحرمان أو الجزع أو الاضطراب، والكثير منهم يسمونه بالشعور السلبي أو المزعج، ولحسم هذا التباين في تسمية هذا الاحساس أطلق عليه أليس اسم قلق الانزعاج discomfort/anxiety وإذا قيض للمرضى أن يكونوا عاجزين عن التعبير عن هذا الشعور، أو لم يضعوا هذا الشعور المزعج فإن المعالج والحالة هذه قد لا يتجه الى تقصي الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي ولدت هذا الشعور السلبي عند المدمن.

والسبب الثاني الذي يجعل المعالج لا يفطن الى هذه الديناميكية المعرفية (الفكرية) هو من الاستراتيجية التي يستخدمها في مساءلة المرضى. فعندما يبدي المدمن الى المعالج أنه تعاطى المخدر أو المسكر، فإن هذا الأخير يفتش عن محتويات المقولة ABC (أي الحادثة المحرضة لتعاطي المادة المخدرة A، والعمليات الفكرية من توقعات

وتقويمات B، وأخيراً الاستجابة الانفعالية C) وذلك قبل البدء بعملية مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية فالمعالج يسأل المدمن عن ما ينتابه من مشاعر ولكن بما أن المدمن كان وقد تناول المسكر أو المخدر فإن مشاعره الحالية هي إما بالمسرة أو بالاثم وتوبيخ الذات، بينما تكون مشاعر قلق الانزعاج قد زالت بفعل تناول المسكر، فالمدمن سرعان ما يلجأ الى تلبية نزوعه نحو المسكر أو المادة المخدرة ما أن يشعر بقلق الانزعاج، لذا فهذا الشعور سرعان ما يزول بعد تناول المسكر وكل ما في الأمر أنه يعبر عن الشعور بالاثم لقاء تلبية النزوع نحو الشرب الى المعالج، وهنا يلجأ المعالج الى ارشاد المدمن المريض الى مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قادته الى الشعور بالاثم. وبالطبع ليس خطأً مناهضة الأفكار الخاطئة التي أدت الى مشاعر الاثم، وهذا ما سنذكره بعد قليل. الاَّ أن الاستراتيجية العلاجية في هذه الحالة لم تمس جوهر المشكلة، وقد يترتب عنها أن المعالج قد لا يشعر بتبكيت الضمير ازاء فترة الشرب.

تقنيات الكشف عن التحمل الضعيف للاحباط :

هناك عدة وسائل نستطيع من خلالها الكشف عن وجود ديناميكية التحمل الضعيف للاحباط الذي ترتب عن الامتناع عن تناول المسكر أو المخدر، وهذه الطرق هي :

أ ـ الاستعلام من المريض حيال ما يشعر به عندما يكف عن تناول المادة المسكرة أو سؤاله عن شعوره عندما يكون في موقف لا يتوفر فيه المسكر أو المادة المخدرة التي تعود على تعاطيها، فقد يقاوم أو يرفع كتفيه ولكن عليك بالالحاح عليه ليكشف عن هذا الشعور

ب ـ حاول أن تعيد صياغة تعابيره عن مشاعره عند تعرضه للكف التي تكشف عن وجود ما اصطلحنا عليه من تسمية وهو قلق الانزعاج. وعلمه أن يستعمل هذا التعبير، تطلب منه أن يتخيل أنه قُدم له المسكر الذي يولع فيه وأن يبدي في الوقت نفسه مقاومة بعدم تناوله، اتركه يتخيل هذا الموقف الذي يتصارع فيه النزوع الادماني مع الامتناع والكف. قل له ان ما يشعر به هو الآن هو قلق الانزعاج، في المرة القادمة اسأل المدمن (على المسكر، أو الكوكايين أو الأفيون) عن شعوره واحساسه قبل تناول ما أدمن عليه، وما الشيء الذي كان يفكر به قبل تلبية ولعه ونزوعه الادماني؟ هنا يمكن للمعالج أن يركز على الطلب منه بمناهضة ما كان يفكر به وتدريبه على كيفية تصحيح هذا التفكير الذي هو جوهر ديناميكية تبديل سلوكه الادماني.

٦ ـ الانسمام كطريقة للتعامل الهروبي مع الموقف:

هناك ديناميكية تفكيرية (معرفية) شائعة هي لجوء المدمن الى تعاطي مادة الادمان من أجل الهروب من متاعبه التي تواجهه، وأن هذا السلوك يقوده الى الانسمام بالمادة المخدرة أو المسكرة كأسلوب في التعامل مع مواجهة المصاعب (الشكل رقم ٢).

من المعروف أن الكحول يحدث الشعور بالاسترخاء. وأن توقع الشارب له حسب ما تعلمه من محيطه الثقافي الذي يعيش فيه هو فيه تأثيره الاسترخائي على جملته العصبية. يتوقع المدير التنفيذي في شركة مثلا أن يأخذ كأس ويسكي بعد جلسة عاصفة مع مرؤوسيه

لترتاح أعصابه، والمتعاطي الحشيش النشوة بعد تعاطي هذه المادة. هذا ورغم أن المعتقد الثقافي الشائع حول تأثيرات الكحول والأفيون وغيرهما من المواد بكونها مهدئة مرخية، وقد تكون كذلك فتثير استجابات فيزيولوجية مُرضية، الاَّ أن تأثيرات هذه المواد لا تكون دوماً حقيقية على المستوى الفيزيولوجي أي تثير الاسترخاء، ومثالنا على ذلك تدخين لفافة التبغ، فالمدخن يتوقع من السيجارة عندما يدخنها أنها تجلب له الهدوء بينما هي في الواقع على المستوى الفيزيولوجي منبهة للجملة العصبية الودية فتزيد من ضربات القلب وسرعة التنفس. فالتوقع أذن كثيراً ما لا يتوافق مع حقيقة التأثير الفيزيولوجي في مسألة تأثيرات المواد المخدرة، وأيضاً مثلا الكحول، فهو يُنظر اليه من قبل الشارب كمادة محدثة للاسترخاء الاَّ أن من أحد تأثيراته الفيزيولوجية هو زيادة ضربات القلب، وهذا ما يناقض الاسترخاء على المستوى الفيزيولوجي. فالكحوليون يضللون ذواتهم بأن الكحول مزيل للكرب والتوتر، فهم يشعرون بقسط بسيط من الاسترخاء، والامر ذاته نراه في المواد الأخرى المؤثرة على العقل والعاطفة، عدا الأدوية الخاصة كمضادات للقلق، فهي على المستوى الفيزيولوجي تكون مركنة مهدئة كالفاليوم مثلا فالمدمنون على مثل هذه الأدوية المهدئة يكون الادمان حقاً على دواء بخاصية مركنة ليس فيه عنصر الايحاء أو التوقع. إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني يُعلم المتعالجين أن في مقدورهم تبديل عواطفهم وانفعالاتهم المزعجة وذلك من خلال مناهضة معتقداتهم الخاطئة التي تجلب عليهم الكدر والغم والتعاسة. ورغم القناعة بفعالية هذا النوع من العلاج الاَّ أنه لا

من وجـود عملية تعـزيز سلبي تجـري وتنشط، فالتعـزيـز من خـلال اللجوء الى الكحول أو المادة المخدرة هو بازالـة الألم، وفي هذه الحـالة فـإن ازالة الألم النفسي والانـزعاج النـاجمين عن المحـرضات الأصليـة المنشـطة (تنشيط الميـل الى تعـاطي المخـدر والكف المؤقت عن تنـاول المادة المخدرة) اضافة الى ازالـة «شدة العـرض»، وذلك بـاللجوء الى المخـدر أو المسكر يعـدان بمثابـة معزز سلبي الـذي يزيـد من احتمال ظهور الآلية الادمانية مرة أخرى.

والحق يقـال أن المدمن لا يلجـأ الى الـدواء المخـدر أو المسكـر حتمـاً في الحصول عـلى اللذة بذاتهـا ولكن من أجـل ازالـة المشـاعـر السلبيـة والكرب التي تبـدو لـه غـريبـة في بـادىء الأمـر، وأن بعض المـدمنين يقـرون أنهم يتعاطـون الأدوية المخـدرة والكحول لمثـل هذه الأغراض.

إن التحليـل السلوكي لنمط استخدام المـادة المسكرة عنـد أي مدمن نجد فيه أن المدمن في كل مرة يلجأ فيها الى تناول المادة المخدرة أو المسكرة يكون اما من أجل مـواجهة المـوقف المزعـج أو تحت تأثـير ضـواغط العمل وشـداته. وتشـير أبحـاث مـارلات (١٩٨٣) إلى أن معـظم المدمـنين ينتكسون عنـدما تعتـرضهم مواقف مـزعجـة مثيـرة لقلقهم واضطرابهم. وغالباً ما يـطالعنا المـدمنون بـأقوالهم التي تفيـد أنهم يلجـأون الى المادة المخـدرة أو المسكرة وذلـك من أجل الحصـول على ما يخدر مشاعـرهم واحساسهم أو كـوسيلة للهروب. وعـلى هذا نجـد أن تعـاطي المخـدر يلعب دور الهـدف المعـزز تعـزيـزاً سلبيـاً (الهـروب أو التخديـر). فهو يسـاعـدهم مؤقتـاً ولفتـرة عـلى تجنب

الضيق والكرب، أو الهروب منهما.

إن تعاطي الكحول أو المواد المخدرة الأخرى الانسمامية بغرض تخفيف الضيق الناجم عن القلق الأصلي وأيضاً شدة العرض نقول أن مثل هذا التعاطي له تأثيرات سلبية متعددة.

أ ـ يعزز معتقدات المدس أنه غير قادر على تحمل الانزعاج الانفعالي.

ب ـ يعزز عادة الشرب من أجل حل المشكلات الانفعالية.

جـ ـ يعزز عادة الاستجابة للحوادث الباعثة على التوتر باللجوء الى المسكرات أو المخدرات كوسيلة للهروب أو تخفيف التوتر النفسي.

د ـ يمنع المريض المدمن من تعلم الاستراتيجيات الفعالة التي تتصدى للحوادث المثيرة للتوتر أو المحرضة على شرب الكحول.

وهكذا نجد أن الكحول أو المواد المخدرة تشل قدرات الفرد في تعلم المهارات الفعالة القادرة على التصدي لمشكلات الحياة والتكيف معها.

أ ـ الصعوبات التي تعترض الكشف عن الانسمام كأنموذج تعامل مع الشدات:

لعل المشكلة الكبرى التي تقف حائلا في وجه الكشف عن المعتقدات الخاطئة التحتية عند المدمن هي في ميله الى انكار وجود مشكلة عنده، وغالباً ما يكون أفراد أسرة المدمن وأيضاً المعالج على معرفة بآلية الانكار هذه التي يظهرها المدمن المريض.

إن الانسمام كأنموذج تعامل مع الشدات عند المدمن يفسر لنا كيف يعمل هذا الانكار فالمريض يتمسك بانكاره في وجود مشكلة عنده ليس لأن مدركاته مشوهة للواقع فقط، ولكن أيضاً لأنه ينظر الى نفسه نظرة لا تشوبها أية مشكلة لا يشعر بوجود مشكلة عنده لأن تحمله الضعيف للاحباط سرعان ما يتخلص منه بالتماس الشرب للخمرة (أو المخدر) وبالتالي الهروب من قلق الانزعاج، فهو يهرب الى الشعور بالخبل وانعدام التعامل والاحساس وتبلد العاطفة ازاء ما يصادفه من متاعب حياتية. وواقع الأمر أن المدمن لا ينكر حقاً المشكلة بقدر كونه لا يشعر بوجودها ثم أن المدمنين يعجزون عن تنمية أي شعور بالتحدي والتنافس الاجتماعي أو المهني، ولكن بفعل آلية الانكار، فإنهم يستمرون في ممارسة أعمالهم. وفي هذه الممارسة لأعمالهم ينظرون الى ذواتهم نظرة خاطئة مزيفة بكونهم يؤدون عملا جيداً في الميادين التي يعملون بها، في الوقت الذي هم غير ذلك.

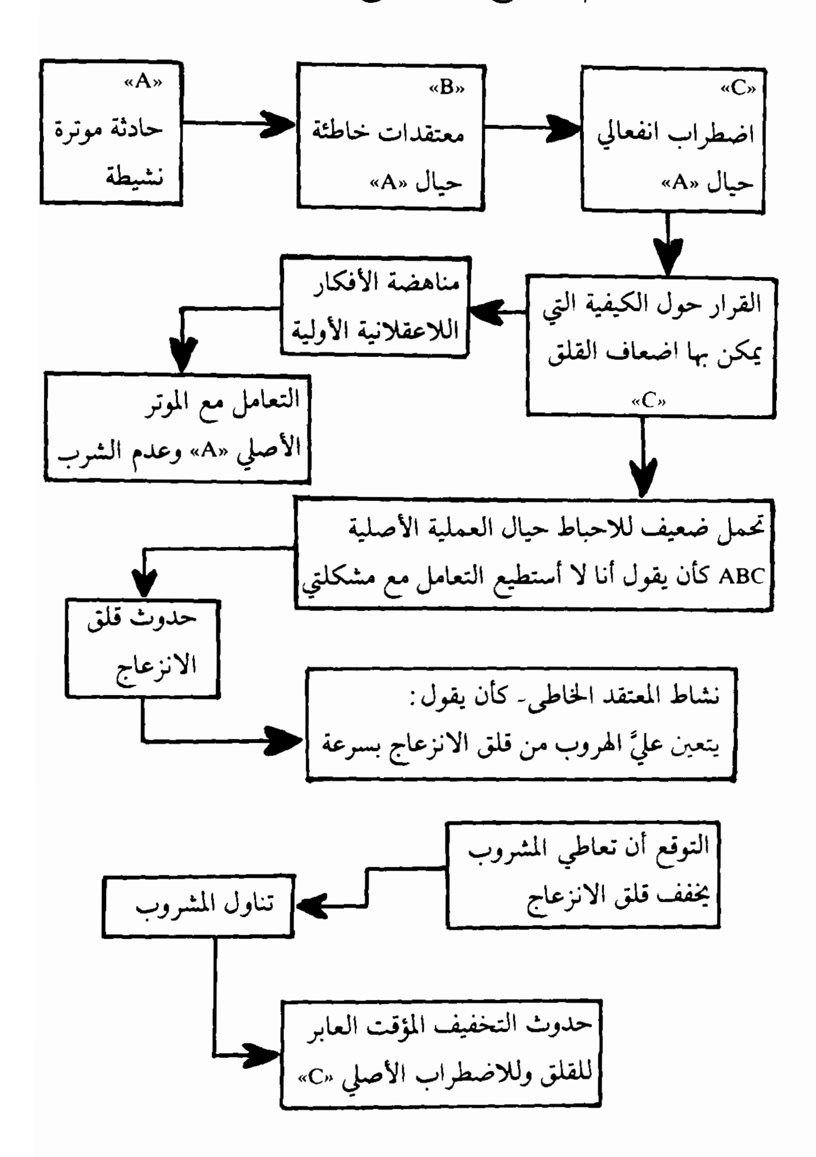
تطالعنا الدراسات بظاهرة تحدث ضمن نطاق أسرة المريض هي وجود من يساعده على تجنب مواجهة متاعبه وأن هذه المساعدة بدورها تقود الى انكار المشكلة وعدم ادراك وجودها وهذا المساعد من أفراد أسرة المدمن يحدد الكثير من المتاعب التي نجمت عن انغماس المدمن بالخمرة أو المخدر وفي اعتقادنا أن هذه الآلية تتطابق مع مقولة فيلانت (١٩٨٣) بأن الكحولية غالباً ما تقود الى حدوث اضطرابات الشخصية فمثلا إن شاربي الخمرة يعتقدون أنهم لا يتحملون تبادل المشاجرات لذلك فهم يفرون الى الشرب في كل مرة

يتشـاجرون مـع زوجاتهم. وبفعـل هذا الفـرار والسلبية والانهزاميـة فـإنهم لا يحلون مشكلاتهم ولا أيـة قضية من قضـاياهم الانفعـالية في علاقاتهم مع الغير، ومـع مرور الـوقت يصبحون منعـزلين اجتمـاعياً عن أقرانهم وحتى أفراد أسـرتهم وأصحابهم. وإذا انتهى بهم المـطاف الى الطلاق فلا يجدون بدائل يقيمون معها علاقـات صحية جـديدة. وبفعل انعزالهم اجتمـاعياً تـظهر عليهم أعـراض شبه الفصـام نتيجة فشلهم في تعلم التآلف والتحاور مع الناس. وبما أن المخمور غالباً ما يعجـز عن التعلم وهو في حـالة سكـر فإنـه والحالـة هذه يصبـح فقير الخبرة الاجتماعية، ويتوقف نمو نضجه الاجتماعي واضافة الى ذلك فـإن تأذي الخـلايا الـدماغيـة بفعل تعـاطي الخمرة يـزيد من تفكيـره الاخرق اللامنـطقي وتعاظم هـذيانـاته المشـوهة للواقـع فيقترب كلما أزعن للشرب وتهالك عليه من حدوث الاعتلال الـدماغي والاصـابة بالعته العقلي، ولكن لا يوجد في المسألة مشكلة عند المدمن.

يتعين على المعـالج الـذي يتبع استـراتيجية العـلاج الانفعالي ـ العقلاني الاَّ يتعامل مع انكـار الكحولي لمشكلتـه التي يؤطرهـا بكلمة «الانكار» نظراً لأن هذا الانكار بحد ذاته يعد ادراكاً خاطئاً والأكـثر نجـاعة بـالنسبة للمعـالج والأحسن نفعـاً هو أن ينفـذ الى عمق هذه التشوهات في مدركاته للواقع التي يسببهـا قلق الانزعـاج ذاته وأيضـاً لهروبه، وبالتالي مسـاعدتـه على أن ينـظر الى صعوبـاته الحقيقيـة التي طمسها بمساعدة من يساعده من أفراد أسرته

الشكل رقم (٢)

الانسمام كأنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة



ب - التقنيات الرامية الى الكشف عن الانسمام وتعريته كأنموذج للتعامل:

لعل الطريقة الفعالة المجدية التي تجعل المدمن يدرك وجود قصورات في ذاته في التعامل مع مشكلاته هي اعفاء من يساعده من أفراد أسرته من الدور الذي يلعبه مع المدمن. وما أن يتم مثل هذا الاعفاء واخلاء الساحة من وجه المدمن حتى يجد الأخير أن هناك الكثير من الصعوبات والأخطاء التي كان في مقدوره أن يتجاهلها وينكر وجودها بدأت تتراكم في وعيه وتتحداه.

وأن رد الفعل الأولي الذي يظهره هو أن يتصرف تصرفاً مختلفاً عن السابق. يشعر لأول مرة الى أي حد كان معينه الذي نحي عن دوره يحميه ويعميه عن الواقع. وفي هذا الموقف وبفعل هذه التعرية التي جعلته يواجه لوحده متاعبه التي كانت وراء مدركاته بفعل مساعده المعين المستقيل، فإنه يقبل على شرب الكحول والاكثار منه والافراط بتعاطيه كرد فعل سلبي ازاء الصورة الجديدة التي يواجهها. والحق أن العديد من المشكلات أو الحوادث المحرضة لانزعاجاته ستتعاظم وتتضخم في وجهه، بحيث يدرك أنه لا يوجد من يعينه على حمايته منها وما أن تتزايد مشكلاته وتزداد سوءاً حتى يجد نفسه مرة ثانية أمام المخدر أو المسكر كوسيلة للهروب والتجنب. وهكذا يتزايد الوقت الذي يصرفه في تعاطي المخدر أو المسكر ويكبر حجم استهلاكه للمادة المسكرة. وباستفحال التأثير السلبي للمسكر على أدائه تتزايد مشكلاته ومتاعبه الحياتية وانحطاط تعامله معها، وبالتالي

يتعاظم كدره وقلقه س جراء بروز المزيد من المحرضات الناشطة لقلقه وفي نهاية الأمر نجده وقد غُلب على أمره، وحطمته ثقل المشكلات المتراكمة على كاهله فقد يفقد عمله، أو ينفض عنه ممن حوله أو تنحط مكانته الاجتماعية، ويعاني البؤس وعسر لقمة العيش. أو قد يحط به الرحال في هذه الرحلة التعيسة ليكون بين قضبان السجن، وفي هذا الموقف يدرك أنه لا يستطيع أن يمعن بالمزيد من الهروب من الواقع بواسطة الخمرة، فيقر ويعترف أن لديه مشكلة وقد يطلب العون لمساعدته

وبالطبع إن اتباع مثل هذه الاستراتيجية الاغراقية بالمسكر أو المخدر لدفع المدمن الى الصحو من خلال هذا الاغراق والاضعاف المتزايد لخداعه الذاتي من شأنها أن تدفع المدمن الى وعي قصوراته الذاتية في التعامل مع متاعبه الخارجية ولنعلم أن مثل هذا الاغراق لا يكتب له النجاح الاّ إذا انسحب المعُين من الساحة، وترك المدمن لوحده يعاني متاعبه بدون عون.

والحقيقة أن ليس جميع المدمنين يحتاجون الى تعريضهم لأزمة الاغراق التي ذكرناها حتى يعترفوا بمشكلاتهم ويقروا بوجودها، ويدخلوها في وعيهم ويقينهم فهناك استراتيجيات أخرى يمكن أن يلجأ اليها المعالجون لمساعدة المدمنين على وعي مشكلاتهم. من هذه الاستراتيجيات هي مراجعة العوارض التي انتابت المدمنين، ونقصد عوارض الشرب أو تعاطي المخدر فإذا كان سبب هذه العوارض هو محرضات موترة تعرضوا لها، وكان الانسمام بالكحول هو أداة الهروب والمواجهة لهذه المحرضات، فإن المزيد من الأسئلة تبدو هامة

بالنسبة للمعالج وعليه أن يطرحها على نفسه، وهذه الأسئلة هي : أن يتصور المدمن وهـو يتعرض الى المـوترات ولكن بـدون أن يكون بـين يـديه أيـة وسيلة للوصول الى الخمـرة أو المادة المخـدرة، كيف يشعـر المدمن في هذا الموقف؟ وبم يفكر؟

كـما وعلى المعـالج أن يشـد انتباهـه الى الأشياء التي يفكـر بهـا مستقبـلا، وما يعتقـد حيـال الاضـطراب الانفعـالي الـذي يتـأتى من المـوتـرات والمحـرضـات Activating events، اضـافـة الى المعتقـدات اللامنطقية الخاطئة التي تثيرها هذه الموترات

ينتبه المعالج الى أهمية الأخذ بالاستـراتيجية الاضـافية الخـاصة بالاحباطات والفشل التي عـاناهـا المريض المـدمن. إذ عليه أن يفتش عن نـوعية المتـاعب والمشكلات الـرئيسية التي واجههـا المدمن، فقـد يكـون سبب الاحبـاط أو الفشـل قصـوره في مهنتـه وعمله، أو عـدم اكمال دراسته، أو كراهيته للفحوص والدراسـة ثم عليه أن يعـرف الأسبـاب التي حالت دون حـل المشكلات التي عـاناهـا، وحالمـا يقر المتعالج المدمن بوجود حلول لمشكلاتـه العملية، فـإن على المعـالج أن يستعلم عن الموانع التي حالت دون الأخذ بهذه الحلول، وبماذا يشعـر المتعالج إذا حاول الأخذ بها؟ وغالباً ما يجد المعالج أن المريض مـازال لا يعي مشكـلاتـه، وبـالتـالي يلفت نـظره الى أن التحمـل الضعيف للاحباط هو الذي يمنعه من محاولتـه لانتقاء الهـدف أو الوصـول اليه وعلى المعالج هنا أن ينبه المريض كيف أن شكاويه لا تتوافق مع جهده الضعيف للتغلب عـلى مشكلاتـه العملية، وبـالتـالي يلح عليـه كيف يتجنب الحلول بفعل معاناته لقلق الانزعاج.

يعطي نتائج سريعة التي يرنو اليها عادة المتعالج المريض. وكيما يعطي هذا العلاج ثماره ونجاحاته المرجوة يتعين على المتعالج أن يدأب على ممارسة تمارين مناهضة للأفكار اللاعقلانية أينما شعر بالانزعاج، وهذا يعني أن الشعور بالانزعاج سبق وانتابه قبل المباشرة بالتعامل معه بآلية التصدي للأفكار اللاعقلانية.

إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني يفترض أن معظم الأفراد الذين يشكون من اضطرابات ادمان لديهم أفدح مشكلة وأعظمها خطورة. وهذه المشكلة الفادحة تتجلى في عدم قدرتهم على ضبط الذات والصبر وتحمل الازعاج حتى يتعلموا الطرق الفعالة الكفيلة بتخلصهم من ادمانهم. وواقع الأمر أن الاضطراب الانفعالي الذي يعانونه في المكان C (أي الاستجابة الانفعالية) من المعادلة ABC، هذا الاضطراب يصبح العنصر المنشط المحرض، أي (A) لسلسلة من المعتقدات والأفكار الخاطئة، وبالتالي تبرز مشكلة انفعالية جديدة، ويسمى العلاج الانفعالي ـ العقلاني هذه العملية المحرضة للافكار اللاعقلانية عند المدمن والتي تزيد من اضطرابه النفسي «بشدة العرض» Symptom stress أو الاضطراب الانفعالي الثانوي Secondary Emotional Disorder (Wallen, Wester 1980). فعند مرضى الادمان تظهر شدة العرض بصورة جامحة طاغية، إذ يبدو هؤلاء عاجزين عن تحمل مشاعر الاكتئاب والقلق، والغضب التي تعصف بهم، وما أن تستحكم بشعورهم هذه الاضطرابات نراهم وقد تملكتهم الأفكار اللاعقلانية المعززة لتناول المخدر أو المسكر لتخلق قلق الانزعاج أو تنحط قدراتهم على تحمل الاحباط أمام

اضطراباتهم النفسية السالفة الذكر (الاكتئاب، القلق الى غير ذلك.)، وهكذا إن محتوى تفكيرهم اللاعقلاني يدور حول الموضوعات التالية:

- لا أستطيع تحمل هذا الانزعاج.
- يجب أن أزيل الكدر وأحيله الى سعادة.
- يجب ألا أكون مكروباً.
- لا يفترض أن أكون منزعجاً.
- أنا ضعيف جداً أمام مشاعر الكرب فلا أتحملها.

إذن إن هذه المعتقدات الخاطئة ازاء الادمان تقود الى - كما ذكرنا - ما أسميناه بقلق الانزعاج، والكحوليون في مقدورهم تجنب هذا القلق وذلك بمناهضة تلك المعتقدات الخاطئة، وأن الطريق الأقصر والأسرع لازالة هذا القلق الذي يرونه عادة ويلتمسون بلوغه هو تناول المسكر أو المخدر، وأن مثل هذا الطريق الأسهل لا يخمد فقط قلق الانزعاج الثانوي ولكن أيضاً الاضطراب الانفعالي الأصلي الذي حرض العرض.

يعد التوتر المعزز السلبي والذي بدوره يزيد الاحتمال أن السلوك الادماني سيعود الى الظهور ثانية في المستقبل، ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن في اللجوء الى الانسمام الادماني كأسلوب تعامل مع قلق الانزعاج لا تكون المادة المخدرة أو المسكرة ذات تعزيز ايجابي. فالنشوة التي تلازم تعاطي الكحول وترفع من معنويات الشارب المدمن لا يكون سببها التمتع بالمشاعر التي يحسها آنياً ويشعر بها إنه في حالة سرور وانشراح، فالمدمن في هذا الموقف يشعر بنوع

٦ ـ الانسمام الكحولي يساوي فقدان قيمة الذات والصغارة:

يشعر الكثير من المدمنين أنهم مغلوبون على أمرهم، وأسيرو نوع من السلوك غير قادرين على الافلات من اساره وعقاله. وما أن يقعوا في حبائل الادمان على المخدرات أو الكحول حتى يجدوا أنفسهم أن قيمة ذواتهم قد تضاءلت وأضحوا عديمي الرفعة الاجتماعية. وأن مثل هذا التفكير يقودهم الى معاناة مشاعر الاثم والاكتئاب. فالمدمن يشرب الخمرة أو يتعاطى المخدر من أجل ازالة الاكتئاب الذي يمسك به ويطوق مسراته، ويؤنب ذاته على تهالكه على المسكر أو المخدر. وبالطبع ليس جميع المدمنين تعتريهم مثل هذه المشاعر والأفكار السلبية، الاّ أن شريحة كبيرة من هؤلاء تصنف بما نسميه بأنموذج الانسمام الذي يؤدي الى فقدان اعتبار الذات، وهذا الانموذج يوضحه الشكل رقم (٣).

ويلاحظ أن هؤلاء الأفراد ما أن يصحوا من عارضة الشرب، فغالباً ما يواجهون بمشاعر سلبية نتيجة شربهم، بكوارث تلحق بهم. كأن يفقدوا عملهم وخسارة دراستهم الجامعية أو المدرسية، وبالانتقادات أو التحقير اللذين يوجهان اليهم. وفي هذه المواقف لا مناص من أن يختاروا إما قبول ذواتهم بارتكابها أخطاء هامة والاعتراف بهذه الأخطاء نتيجة تهالكهم على الخمرة أو تعاطي المخدر، أو أنهم يدينون أنفسهم ويقرعونها لما أقدمت عليه من آثام (تحقير الذات ولومها). ودلت الملاحظات السريرية والسلوكية على أن كثيراً من الكحوليين والمدمنين على المخدرات الذين يتسمون

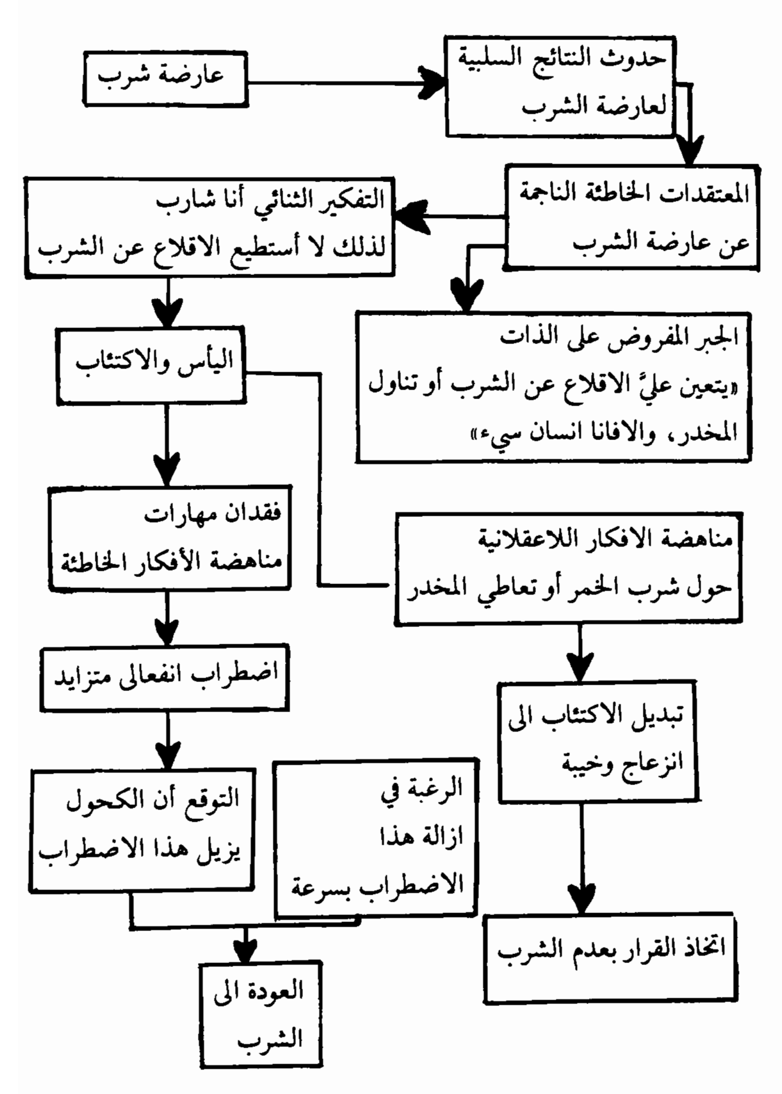
بشخصيات عُصابية يستغلون كل عارضة من عوارض الانسمام الكحولي أو الادماني التي يغرقون في أتونها لتكون لهم فرصة لمعاقبة ذواتهم. ولعل صورة المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تحدث في هذه الديناميكية المعرفية (الفكرية) هي على شكلين؛ في الشكل الأول هو المطلب المطلق الذي بموجبه يقرر المدمن أنه لن يتعاطى المخدر أو المسكر مهما كانت الظروف والموترات التي قد تحيق به حاضراً ومستقبلا وحيث أن أمثال هؤلاء لم يسبق أن فرضوا على ذواتهم مثل هذا الجبر العقيدي فإنهم يستنتجون من ذلك أنهم أناس لا قيمة لهم، وهذه المشاعر الدونية والصغارة أتت من هذا الجبر الاعتقادي الذي لا دليل عليه

أما الصورة الثانية من لا منطقية الأفكار والمعتقد فتصدر عن التفكير الثنائي الفرع، إذ ينظر المدمن الى ذاته إما أنه شارب للخمرة، أو غير شارب. فإذا ما أخذ رشفة خمر أو نشق حفنة من الكوكايين، فإنه والحالة هذه شارب الخمرة أو متعاطي المخدر. لذا نجد أن الخط الفاصل بين الادمان وغير الادمان هو دقيق غير مرن وصلب. فعندما يقرر متعاطي الكحول أو المخدر الامتناع عن تناول المادة التي تعود على تعاطيها، يجد نفسه وقد وقع في ورطة وتعرض للمخاطر، فإن ظل ممتنعاً محجماً فهو بذلك غير متعاط للمخدر أو المسكر، أما إذا مال الى تناولها وأخذ منها جرعة فهو متعاط، وعندما يعطي لنفسه هوية المدمن المتعاطي، فإنه يصبح غير قادر على فطم نفسه والتخلي عن ادمانه.

الشكل رقم (٣)

أنموذج الانسمام يعادل الصغارة وفقدان الاعتبار الذاتي

(عن البرت أليس)



وعاين كل من مارلات وغوردن (١٩٨٥) الكثير من الدراسات والمعاينات السريرية فاتضح لهما أن هذا التفكير الثنائي Dichotomous reasoning أو الصفة التي يلصقها بنفسه المدمن يزيدان من الاحتمال بأن أية هفوة أو زلة جديدة في العودة الى شرب الخمرة، أو تناول المخدر يترتب عنها الانتكاس الكامل Total relapse وقد سمى أليس Ellis هذه الظاهرة الانتكاسية «تأثير خرق الامتناع أو الفطام عن تعاطي المسكر أو المخدر» abstinence violation effect، ذلك أنه بمجرد خرق هذا الالتزام في الامتناع نجد عند المدمن عودته الى تعاطي مسرته الادمانية. وما أن يعطي المدمن لنفسه صفة المدمن حتى نجد اليأس والخور يطغيان على نفسه لأنه غير قادر على الهروب من دائه وادمانه.

٧ ـ مطلب الاثارة:

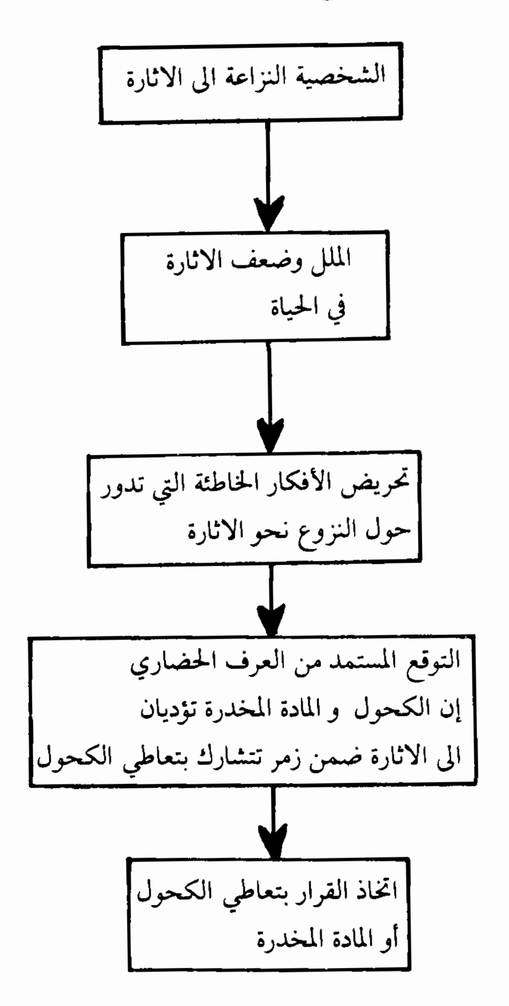
منذ أكثر من ٢٥ سنة لاحظ الباحثون وجود علاقة بين الكحولية والسيكوباتية (Gluek, Mccord 1960). ويعتقد بعض البحاثين أن السيكوباتية هي الأولية والتي تقود الى الكحولية (Robins 1966). في حين باعتقاد الآخرين من البحاثين أن اعراض السيكوباتية تنجم عن الكحولية (فيلانت ١٩٨٠). وفي رأي Schuckitt شوكيت (١٩٧٣) أن مثل هذه التفسيرات ليست قاطعة إذ أن هناك احتمالين في تفسير هذا التلازم بين السيكوباتية والكحولية، الاحتمال الأول أن الادمان على الكحول أو المخدر هو عرض لشخصية تتسم بسلوك مضاد للمجتمع، والاحتمال الثاني أن متعاطي الكحول أو المخدر يظهرون أعراضاً مضادة للمجتمع،

وذلـك نتيجـة لارتبـاطهم الأولي بـالمخـدرات والمسكـرات. ووجـد فيلانت (١٩٨٣) إن أفراد عينـة دراساتـه من الكحوليـين ينتمون الى هذين التصنيفين اللذين ذكرناهما. وهذه النتائج تبـدو هامـة بالنسبـة للمعالج السريري الذي يتعامل مع الكحـوليين والمـدمنين عـلى المواد المخـدرة حيث قـد يصـادف أن الكثـير منهم غـالبـاً مـا يكـونـون سيكوباتيين. فإذا كان المدمن بأصله وتركيبه سيكوباتي فإن ما يتساءله الفرد عن الآلية في السيكوباتية التي تؤدي الى الادمان.

يـرى بعض أصحـاب النـظريـات أن السيكـوبـاتي ينـزع الى مستويات عالية من الاثـارة والرغبـة في العيش دائماً في حـالة اثـارة. وهذا النزوع يكون مصحوباً بضعف في ضبط الذات والسيطرة عليها (Hare 1986). وتفتـرض النـظريـة الانفعـاليـة ـ العقـلانيـة أن هـذا المطلب العالي الاثارة الذي يرنو اليه السيكوبـاتي وينزع الى الـوصول اليه ليس كافياً ليوقعه في حبائـل الادمان. ولكن إذا مـا صاحب هـذا المطلب عند السيكوباتي خضـوعه لتفكـير لاعقلاني يضعف من تحمله للضجـر والملل، ورتابـة الحياة، فـإن الادمان وتهـالكه عليـه سيكون طـريقـه ومثـل هـذا الخليط من السيكـوبـاتيـة وسيـطرة الأفكـار الـلاعقلانيـة المضعفة لتحمله ومقـاومته للحيـاة السلبيـة الخـاليـة من الاثـارة هو الـذي يخلق عنده مـا أسماه أليس بقلق الانـزعاج عنـدما تكون الاثارة في نقـطتها الـدنيا ويعـاني من ضعف تحمل الملل ورتـابة العيش ويضاف الى ذلك توقع هذا السيكوباتي أن الخمرة أو المخـدر من شأنهما اضعاف هذه المشاعر السلبية ويشرح لنا أليس هذه الآلية وفقاً للنظرية الانفعالية ـ العقلانية بالشكل رقم (٤).

الشكل رقم (٤)

أنموذج الحاجة الى الاثارة



يتعين على المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعـالي أن يشجـع السيكوبـاتي المدمن عـلى مناهضـة تفكيره الـلاعقلاني وخـطأ

معتقـده، أن حياتـه يجب أن تكون مثيـرة خاليـة من الملل والضجـر، وبالتالي تقديم العون لـه على تحمـل روتينية الحيـاة، والملل والضجر، الانفعالات الملازمة لحياة الانسان.

إن الاستراتيجيات التجـريبية قـادرة على مسـاعدة السيكـوباتي على أن يتعلم الطرق الأقل تقويضاً وتدميراً في ارضاء واشباع رغباتـه نحو بلوغ الاثارات وكسر مشـاعر السلبيـة والملل. عليهم أن يتعلموا أن المتعة وقضاء الأوقات السارة من خلال اللقاءات الجماعية التي يتم فيها شرب الخمرة والتسامر والعبث لا تكون كنتيجة من نتائج تعاطي الكحول، ولكن أيضاً عليهم أن يتحملوا النتائج الوخيمة من خـلال هذه المعاوضة الضارة المؤذيـة بكسر الملل بمتعة الخمـر أو تعاطي المـادة المخدرة.

الفصل الرابع

قواعد واعتبارات علاجية عامة

سنتكلم في هذا الفصل عن قواعد وقضايا علاجية هامة يجب الأخذ بها ومراعاتها عند الأخذ بأسلوب العلاج الانفعالي ـ العقلاني في علاج الادمان. فهذا الأسلوب يعطي أفضل النتائج العلاجية الناجحة عندما يعي المعالج أن النظرية لوحدها مهما تم زركشتها زركشة مقنعة ومتألقة، لا تعطي بالضرورة النتائج المرضية المرجوة منها علاجياً فالفعل الدؤوب والديناميكي الذي يصدر عن النظرية هو الذي يؤدي الى تبديل السلوك الادماني، ويكلل العمل العلاجي بالنجاح. وهذا ما يجب أن يضعه المعالج نصب عينيه عند تعامله العلاجي مع الادمان عموماً. إن أغلب الكحوليين بحسهم وفطرتهم يدركون أنه لا مناص من أن يبدلوا من أنماط حياتهم إذا أرادوا حقاً وفعلا التخلص من آفة الادمان الكحولي. ولكن بفعل أسباب معقدة يعجزون عن الانعتاق من هذا الاسار الادماني والتحرر منه.

يقوم العلاج الانفعالي ـ العقلاني ليس فقط على مساعدة المريض المدمن على وعي أفكاره الخاطئة المضللة التي تقوده نحو احتساء الخمر وتعاطيه والولوع به ولكن أيضاً تزويده بالتقنيات النوعية والخبرات والمهارات التي تساعده على تبديل أفكاره ومعتقداته (ازاء الخمر أو المادة المخدرة)، وسلوكه ومشاعره. وأيضاً بكل ما يرتبط بالمشكلات التي تفرزها الحياة في وجهه وبتعبير آخر على المعالج

أن يعمم تقنية تبديل أفكار ومعتقدات المريض نحـو سلوكه الادمـاني وأيضاً نحو المشكلات الأخرى التي تعترض حياته.

١ ـ بدء العلاج:

إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني، كأي نمط من أنماط العلاجات النفسية الأخرى، يتم في سياق العلاقة الشخصية المتبادلة. فالسمات النوعية لهذه العلاقة ينظر اليها عادة بكونها غير ضرورية وليست كافية لاحداث تبديل السلوك المطلوب، فمسألة هذه العلاقـة تقوم أسـاساً على درجة تقبـل المتعالـج والقناعـة التي ترسخت في ذهنـه كيما يبـذل الجهود الذاتية النوعية ليبدل في سلوكه الادماني، وبدون درجة معينـة من التحالف والتفاعـل الوفـاقي بين المعـالج والمتعـالج ـ فـإن الجهود الدؤوبة لاحداث التبديل في السلوك عند المتعـالج قـد لا تكون عـلى المستوى المطلوب.

ومما لاشك فيـه أن الكحوليـين وغيرهـم الـذين يتعاطـون المواد المحدثة للادمان لابد وأنهم تلقوا الكثير من الارشادات والنصـائح في حياتهم من قبل الأفراد المحيطين بهم بأنه يترتب عليهم تبديل السلوك الادمـاني. وهؤلاء رغم قنـاعتهم ومعـرفتهم أن هـذا التبـديـل هـو لصالحهم، ويخدم حياتهم الصحية والنفسية والاجتماعية، الّا أنهم لا يعقدون العزم الصـادق، ولا يتخذون القـرار الحاسم، للتخلص من آفتهم الادمانية. لذا فإن من أسس العلاج الانفعالي ـ العقلاني اقامـة علاقة بين المريض والمتعالج تشجع وتعزز افصـاح المدمن عن حقيقـة افكاره ومشاعـره والتعبير بـدقة عن سلوكـه بحيث يتمخض عن هذه

العلاقة التبادلية استبصار المريض بذاته والقيام بأداء نوعي يخدم الغرض العلاجي

إن البدء بالعلاج الفعال يتوقف على سمات شخصية المريض، ومن ضمنها خبراته الماضية والعلاجات السابقة التي تلقاها، وتفكيره الحالي ازاء مشكلاته التي يعانيها وهذا كله يستغرق وقتاً وجهداً من جانب المعالج

تدل الدراسات الخاصة بالعلاج الانفعالي - العقلاني (Wallen, Wessler 1980) إن المرضى الذين يطبق عليهم هذا النمط من العلاج يكونون أكثر انفتاحاً وصراحة واستجابة عندما تنشأ بين المعالج والمتعالج الثقة المتبادلة

ويمكن القول أن العلاج الانفعالي - العقلاني من مميزاته أن العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج تقوم على الأسس التالية:
أ - القبول غير المشروط للمريض من جانب المتعالج.
ب - اعطاء البرهان على أن المعالج سيبذل قصارى جهده لفهم مريضه
جـ - البرهان على أن المعالج مصمم على مساعدة المريض على تبديل سلوكه الادماني.

بالنسبة لبعض الكحوليين وبخاصة أولئك الذين عانوا الانتكاس العديد من المرات لابد من الأخذ بالتوصيات الثلاث السالفة الذكر ثم إن من خصائص العلاج الانفعالي - العقلاني الناجح أن العلاقة القائمة بين المريض والمعالج تشجع على الثقة،

والتوقعات الايجابية، والثقة بخبرات المعالج وقبول المريض رغم جميع مشكلاته وفي إطار هذا الجو، تزول عند المريض المقاومة فينفتح على المعالج ليفصح عن أفكاره الخاصة، ومشاعره وسلوكياته وافعاله، وهكذا يتم اتخاذ القرار وتحديد الأهداف العلاجية والأهم من كل ذلك تحمل المسئوليات لتحقيق هذه الأهداف. ولعل العقبة الكؤود التي تقف حجر عثرة في اقامة مثل هذه العلاقة الايجابية تكمن في لا منطقية المعالج ذاته (أليس ١٩٨٥). وأنه لمن السهولة بمكان استسلام الفرد وخضوعه لمستوى تحمل ضعيف للاحباط أو «لرغبة مريعة» لتحقيق انجاز ناجح ازاء مرضى عانوا الانتكاس مراراً وتكراراً الاَّ أنه من خلال الرفض العنيد من جانب المعالج القاء تبعة الفشل في العلاج على المريض أو الالحاح عليه بابداء استجابة ايجابية ازاء العلاج فإنه أي المعالج يستطيع اقامة علاقة علاجية مع المريض سليمة وقويمة

٢ ـ اقامة علاقة ايجابية تعاونية:

تتجه الجلسات العلاجية الأولى نحو تحديد هوية المشكلة ونوعيتها، وتقويم أبعاد الكحولية عند المريض والأهم من ذلك اقامة علاقة تعاونية.

ورغم أن معظم المعالجين يسعون الى اقامة علاقة عمل مع المرضى من خلال الاهتمام بما يفصحون عنه ومشاركتهم لعواطفهم، فإن تقنية العلاج الانفعالي ـ العقلاني تجد أن هذه العلاقة هي جانب واحد من تقنياتها الذي يمكن الأخذ به والعمل بوحيه لتحسين العلاقة العلاجية المفيدة الايجابية. والأكثر أهمية في هذه التقنية العلاجية التي

نحن بصددها هي الجهود التي يبذلها المعالج مع مرور الوقت كيما يبرهن للمريض أنه مقبول كفرد، أسوة بأي فرد آخر في المجتمع، حتى لو كان مدمناً، فلا ينتقص ذلك من قيمته واحترام شخصيته

والهام أيضاً هو انخراط المعالج انخراطاً كاملا في سعيه نحو فهم المريض ومساعدته على تحقيق التبديل السلوكي الأولي المطلوب. ومن خلال التنقيب عن معلومات تفصيلية وطرح استراتيجيات تبديل السلوك النوعية، فإن هذا مما يخلع على المريض الشعور بأن المعالج جاد في تقديم عونه الصادق والفعال له وبالتأكيد فإنه من خلال الانصات وطرح الأسئلة والتعليق والتعليم المباشر يصبح المعالج أكثر انخراطاً مع المريض ومع مشكلاته ومثل هذا الانخراط يعكس العلاج بكونه جهوداً تعاونيه متبادلة فتبديل سلوك المريض هو نتيجة تعاون قائم بين المريض والمعالج معاً وجهود مشتركة

ورغم أن المشكلات التي يطرحها المتعالج تبدو صعبة، الاَّ أنه لا يوجد ما يثبت على أنها مستعصية غير قابلة للحل شريطة التعاون المتبادل على تجاوزها. ومن ناحية أخرى يسعى معظم الكحوليين والمدمنين على المخدرات الى تبديل سلوكهم بمسعاهم الخاص وبدون عون. الاَّ أن هذا السعي غالباً ما يفشل، أو يصيبون به قليلا من النجاح. ومن خلال البرهان على أن تبديل السلوك يأتي من الجهود المشتركة، فإن المعالج والحالة هذه يرسخ الاعتقاد عند المريض بالتوقعات الايجابية حيال امكانية حدوث التبديل السلوكي المطلوب.

وبالطبع لا توجد في العلاج معادلة سحرية حتمية يتأتى عنها

شفـاء المريض من مشكـلاته. الاَّ أن الجهـود الفعالـة التعـاونيـة بـين الطرفين تساعد على خلق المعتقد عن المريض بامكانية تبـديل سلوكـه الادماني.

٣ ـ أهمية تجنب التعميم واطلاق الأحكام المسبقة:

إن المصـداقية والثقـة الناجمتـين عن اقامـة علاقـة علاجيـة بين المـريض والمعالـج لا تعنيان امكـانية خلق افتـراضات مبكـرة سابقـة لأوانها أو اطلاق التعميمات حيال المشكلات الادمانية عند المريض.

فـالقول إن جميـع المدمنـين الكحوليـين أو المدمنـين على المـواد المخدرة لديهم شخصية تركيبية معينة أو نشأوا في عائلة مضـطربة غـير سوية ليس أمـراً تقره التجـربة ولا يـوجد مـا يبرهن عـلى ذلك فقط، ولكن أيضـاً يمكن أن يفسر من جانب المـريض عـلى أسـاس أحكـام سلبية وفيها طابع التحقير

وفي الـوقت الذى نـرى أن الخبرة السـريريـة ونتائج الابحـاث والدراسات ترشدنا الى وجود مشكـلات مشتركـة غالبـاً ما تصـاحب الادمـان على المخـدرات والمسكرات، الاَّ أن تشجيـع المـدمنـين عـلى الافصـاح عن ذواتهم من خلال أسئلة متـزنة ودقيقـة توجـه الى هؤلاء المرضى واثارة حوار معهم يوجهه المعالج نحو أفضـل الطريق الـذي يوصل الى تبديل سلوكياتهم الادمانية هو الأصوب فنظرة المـريض الى مشكلته هي التي تبدو هامة وبصرف النظر عن مـدى دقة وعـدم منطقية معتقداته وتشوهاتها، فإن عملية تبديل السلوك الطويلة الأمـد تبدو أكثر فعالية.

وبالطبع يواجه المعالجون كثيراً من الحالات عند علاجهم للمدمنين تشكك بامكانية تقديم العون المجدي لهم بفعل انعدام النزوع عند المدمنين نحو تبديل سلوكهم الادماني أو نتيجة مقاومتهم للعلاج. فنجد من يقول أن الكحوليين يعوزهم الدافع نحو العلاج، أو أن الشخصيات المدمنة تقاوم العلاج ولا يتوفر فيها الدافع نحو المعالجة. ولا نشك أبداً أن مثل هذه الشخصيات تخلق روح الاحباط عند المعالجين، الاّ أنه لا يوجد برهان يدعم تعميم ادعاءاتهم على جميع المدمنين.

وأكثر من ذلك إن المعالج الذي يحمل هذا المعتقد السلبي ازاء المدمن الذي لا يستند على بينة علمية تجيز التعميم يلحق أذى كبيراً بأمثاله وأنه لا جدوى والحالة هذه من تحليل البنية المعرفية عند المدمن كيما نكتشف خلل معتقده ازاء الكحول الذي هو لب العلاج الانفعالي ـ العقلاني. وأن مثل هذا الاتجاه المتشائم الذي يحمله أمثال هذا المعالج يجعل توقعاته دوماً سلبية ازاء العلاج ونتائجه ويسلبه الجهد الواجب أن يبذله من أجل تبديل السلوك الادماني.

وأكثر من ذلك فإن تعميم هذا الاتجاه التشاؤمي العلاجي من شأنه أن يجعل المعالج يرفض المريض المدمن، ولا يتعامل مع مشكلاته

٤ ـ التعرف على المشكلات الأساسية والكشف عنها:

يتطلب من المعالج الذي يأخذ بتقنية العلاج الانفعالي ـ العقلاني أن يبذل جهده الكبير من أجل الكشف عن المشكلات

الأساسية وذلك في الجلسات العلاجية الأولى، كأن يطرح على المريض الأسئلة التالية: ماهي المشكلة التي ترغب أن أساعدك على تجاوزها وحلها؟ لماذا أنت هنا الآن؟ ما نوعية المساعدة التي ترغبها في هذا الوقت؟ إن مثل هذه الأسئلة تساعد على تحديد العلاقة العلاجية، وبالتالي التعرف على نوعية العون الواجب تقديمه للمريض. ثم إن عملية تحديد اهتمامات المريض تزود بمعلومات هامة عن مفاهيم ووجهات نظر المريض لمشكلاته، أي كيف ينظر الى المشكلات التي تعترضه وأيضاً نظرته الى تعاطي المواد المخدرة. وفي الوقت الذي يكون التعرف على المشكلات هو بمثابة رؤية القسم البارز الذي يطفو على سطح البحر من الجبل الجليدي، فإن عملية طرح مثل هذه الأسئلة والاجابة عليها ضمن اطار أفكار الاحالة، هذه العملية تشكل الأدوار الأولية للعلاقة التبادلية.

وخلال ذلك يسعى المعالج ليكون مهتماً بوجهات نظر المريض ازاء مشكلاته، ويدفعه الى الكشف، وتحديد وتبديل هذه الأفكار بحيث أن هذا الدفع يمكنه من التوجه نحو التقدم تقدماً ثابتاً ودائماً

في الاجابة على الأسئلة المتعلقة بالشيء الذي يلبي رغبات المريض في الوقت الراهن، يجد المعالج الكثير من المعلومات النافعة المفيدة التي تظهر وتبرز. فمثلا قد يقول المريض/المريضة: «تعتقد زوجتي أنني أتعاطى الخمرة بكثرة» ومثل هذه المقولة يمكن أن تثير حواراً مع المريض من أجل اعادة توجيه انتباهه نحو ما يعتقده حيال شربه، وما هو المقدار الذي يعتقده أنه كبير في الشرب، وماذا يحدث إذا ما أقبل على الشرب والى ما هناك من أسئلة

وإن التأكيد هنا يتركز على ايجاد مقياس للسيطرة من أجل تحديد المشكلات ضمن اطار المريض ذاته كخطوة أولى نحو حل هذه المشكلات. ومن غير الحكمة حتى لو كان الأمر يتعلق بخلق وفاق مع المريض الرافض، أن يوافق المعالج تحديد المريض لمشكلته أنها تكمن في شخص آخر وهذا من شأنه تشجيعه على خلق توقعات تهزم الذات وتضعفها وتبدد أهداف العلاج. ففي مثالنا الذي ذكرناه فقد يستطيع المريض الحصول على ربح ثانوي بجعل زوجته تبدل توقعها من تعاطيه لشرب الخمرة (أي جعلها تقبل واقعه وتتحمله) ومثل هذا الأمر يترتب عنه مضيعة للوقت وللجهود اضافة الى استمرارية مشكلة الادمان.

ومن الأهمية بمكان ان يهتم المعالج بخلق أواصر الوفاق مع المريض، وتجنب أن يلعب دور الحاكم والفيصل. ولكن أيضاً أن يصحح منذ البدء خطأ التصورات وسوء فهمهة حول هدف العلاج اللذين قد يحملهما المريض.

٥ ـ تقديم عون التوجيه الذاتي:

بينما يعمد المعالج الى خلق الأجواء المناسبة الرامية الى تعزيز التوقعات الايجابية عند المريض حيال امكانية تحرره، من ادمانه، وذلك من خلال التفاعل الفعال معه، اضافة الى اثارة حوارات نوعية تهدف الى تحديد المشكلات الأساسية التي يعانيها فإنه من الأهمية بمكان تدريب المريض على تطبيق النظرية الانفعالية ـ العقلانية بهدف أن يقدم لذاته العون وبنفسه. فمنذ البداية يتوقع المتعالج أن ينخرط

في عمل تبديل سلوكه بشكل موصوف من أجل السير قدماً نحو تحقيق التقدم في تبديل السلوك.

يتعين على المعالج أن يضع مخططاً لترشيد جهود المتعالج وابقائه نشطاً فعالا في تنفيذ هذا البرنامج ولكن عليه الا ينسى أنه ينتظر منه ما يجب أن يفعله من أجل شفائه

وبالطبع لا يكون مفيداً أن يقول المعالج للمريض المدمن: «عليك أن تشفي ذاتك بذاتك ولكن من الخطأ أيضاً أن يقول له «أنا الذي سأشفيك» لأنه يضعه في هذا الموقف في وضعية سلبية لا يعده كيما يبذل جهداً، وهو أساس العلاج. إذ لو أن المريض كان في مقدوره أن يقلع عن المسكر أو المخدر بنفسه لما التمس علاج المعالج. ولو أن المعالج اكتشف الدواء أو العلاج الفعال لشفاء المدمن لزال الادمان، وتوقفت علاجاته، ولم يعد يشاهد مدمناً يطرق باب عيادته، واكتفى بالعيش بما سيحصل عليه من جائزة نوبل (على حد تعبير الدكتور البرت أليس).

ولعل الطريقة المثلى الفعالة هي أن تُعَلم المدمن التوجيه الذاتي الذي يمكن أن يساعد ذاته بنفسه بهذا التوجيه وبطريقة مباشرة، وهذا يمكن تحقيقه بأن يطرح أسلوب علاجه على المريض بالصورة التالية:

«تقوم مهنتي العلاجية على تعليم المرضى على كيفية تبديل طريقة تفكريهم ومشاعرهم وسلوكهم. والشيء الذي تعلمته من خلال ممارستي لهذه المهنة العلاجية أنني لا أستطيع جعل الناس

يبدلون التفكير والسلوك والمشاعر لأنني لا أملك القدرة الساحرة التي تجعلهم يبدلون تفكيرهم وسلوكهم، الاَّ انني وجدت الكثير من المرضى الذين هم في مثل حالتك ان في مقدورهم تبديل تفكيرهم وسلوكهم عندما يتعلموا طرق تبديل التفكير من قبل المعالج، وهنا يكمن دوري وتبدو مهمتي معك، أي أن أرشدك وأساعدك علي تبديل تفكيرك ومشاعرك وسلوكك.

كيما أعلمك كيف تساعد نفسك، عليك من وقت الى آخر أن تنفذ بعض التدريبات والوظائف اليومية، وأطلب منك أن تفتح سجلا تسجل فيه أفكارك ومشاعرك وتصرفاتك بين فترات زياراتك العلاجية، كما وعليك أن تقرأ الكتب المفيدة التي اقترحها عليك أو الاستماع الى تسجيلات صوتية، ومن ضمنها التسجيلات التي نجريها خلال الجلسات.

ومن خلال الالتزام بأداء هذه النشاطات قد نبتدع معاً من الطرق الأخرى المفيدة تكون كلها بهدف تحقيق غرض واحد هو ممارسة تبديل السلوك المطلوب. والذي اعتقده أنك ستحصل على ضالتك المنشودة بتبديل السلوك المطلوب في الوقت الذي ستجد أن هذا يتطلب صبراً وجهداً أو حتى ازعاجا، وبالتأكيد إذا ما التزمت بأداء ما نتفق عليه من تمارين وواجبات فإن التحسن والوصول الى الهدف سيكون سريعاً

وبالطبع ليس كل المرضى سيستوعبون هذه التعليمات عندما تطرحها طرحاً مباشراً، الاَّ أن أفكار هذه المقولة (التعليمات) يمكن

بطريقة غير مباشرة تلقينها على مراحل ومن خلال المناقشات التي تدور مع المريض في سياق الجلسات العلاجية.

وقد يبدى بعض الكحوليين الحجج ليبرهنوا للمعالج أن حياتهم هي ملكهم وأنهم يحتاجون الى ارشاد. هنا على المعالج أن يقدم الارشاد، وهم يتحملون تبعات النتائج السلبية التي قد تدفعهم مستقبلا لصحوة من أجل التبديل والتفكير به وثمة حكمة هامة في هذا الصدد هي أن على المعالج أن يعلم أن جميع أنماط العلاج تقوم على مساعدة المريض لذاته، Self-help.

٦ ـ على المعالج أن يخلق التوقعات الايجابية وتحديد الحدود:

يتعين على المعالج عند بدء العلاج أن يعير انتباهه الى أهمية خلق التوقعات الواقعية الايجابية عند المريض، اضافة الى تحديد حدود الخدمات العلاجية التي سيقدمها له. ومن الأهمية بمكان، بادىء ذي بدء أن يسبر المعالج توقعات المريض المدمن بخصوص تبديل سلوكه الادماني وذلك من خلال طرح مثل السؤال التالي عليه، «ما هي محاولاتك السابقة حيال شربك (أو تعاطي المادة المخدرة) في الماضي؟» ومن المعروف أن معظم المدمنين غالباً ما سبق واتخذوا قرارات بالاقلاع عن الادمان في الماضي. بل وقد يكونون قد أصابوا بعض النجاحات المحدودة لبعض من الوقت، ولكن لسوء حظهم أن هذه النجاحات لم تلبث أن انهارت وتلاشت. ولا مراء أن الرغبة في التبديل لا تكون كافية لوحدها لاحداثه وخلقه، الاّ أن المثابرة والكد في مناهضة النزوع والافكار الخاطئة التي تغري المدمن

على كسر تصميمه على الاقلاع عن الادمان هما جوهر التقدم العلاجي.

ويخطىء كثير من المدمنين ان اعتقدوا أنه مجرد معرفتهم بمشكلتهم ووعيهم لها بتعبير بسيط كأن يقولوا مثلا: «أرغب في ايقاف المشروب أو المادة المخدرة»، يترتب على هذه الرغبة أو المطلب حدوث الحل المطلوب، وجوابنا على هذا المطلب، وهذا ما سبق وتكلمنا عن ذلك، إن تعبيري «السهل» و «البسيط» ليسا مترادفين. إذ يندر أن يكون سهلا تبديل أنماط تفكير مزمن لا شعوري وآلي ويأخذ مجرى العادة. وقل الشيء نفسه أيضاً بالنسبة للسلوك والمشاعر ويمكن حفز المريض على وعي حقيقة هامة هي أن تتباحث معه في جهوده السابقة ـ إن وجدت ـ والتي بذلها لتبديل سلوكه الادماني. ولعل أفضل طريقة يلجأ اليها المعالج الذي يتبنى مدرسة العلاج الانفعالي ـ العقلاني هي أن يفسر للمريض المدمن آلية الادمان (التي شرحناها في الشكل رقم ١) كيما يدرك المريض أن تبديل السلوك ليس بالسهولة التي يتصورها، ويعلل له أسباب فشله في الماضي في الاقلاع عن ادمانه والتخلص من عادته. وثمة أمر آخر جدير بالذكر هو (ويتعلق بالتوقعات) التوضيح للمريض حدود العلاج. فالمدمنون عموماً (على المسكرات أو المخدرات) قد يتوقعون الكثير والكثير من المعالج (كأن لديه عصا سحرية تشفي)، لذا لابد له من أن يبين للمريض حدود امكانات العلاج.

تدلنا الخبرات السريرية الكثيرة لرواد علاج الادمان على أن المدمنين تنتابهم أزمات متكررة في حياتهم عندما يواجهون

الانتكاسات بعد اقلاعهم عن تعاطي الكحول ولنعلم أن المدمنين عموماً الذين يتعاطون المواد المبدلة للعقل (النفس) غالباً ما تكون محاكماتهم العقلية ضعيفة، وتعوزهم السيطرة على الذات وضبطها، وينحون باللائمة على الغير فيحملونهم النتائج السلبية لاخطائهم وسقطاتهم ، ثم ان لديهم مشاعر قوية بالارتباط بالغير إذا ما قدمت لهم المساعدة والعون. وينتابهم الغضب إذا امتنعت عن تقديم هذا العون، لذا فعلى المعالج أن يضع حدوداً لمستوى العون الذي يقدمه للمريض وعلى الأخير أن يعرف هذه الحدود فلا يتجاوزها.

وقد درجت بعض المؤسسات العلاجية في الولايات المتحدة الأمريكية على اعطاء المريض تصريحاً خطياً يتضمن الأساليب العلاجية التي ستقدم الى هؤلاء المرضى، والأوقات التي تخصص لعلاجهم، والسياسات المتعلقة باتصالات المرضى بالمعالجين وذلك كله بهدف توضيح أبعاد وحدود العلاج الذي يتلقونه.

٧ ـ قضايا ومسائل التقويم:

مما لاشك فيه أن عملية تقويم مرضى الادمان ومشكلاتهم هي جزء هام من مراحل العلاج الأولي، وهي اجراء جوهري من أجل القيام بتخطيط علاجي فعَّال. ففي أسلوب العلاج الانفعالي ـ العقلاني تبدو عملية التقويم هذه مختلفة عن اجراءات التقويم التقليدية التي نشاهدها في القياس النفسي أو الاختبارات التشخيصية النفسية

ففي العـلاج الانفعالي ـ العقـلاني يرتكـز التقويم عـلى اجـراء سريري منهجي يستهدف التعرف على ما يكلم المريض ذاته من أفكار سلبية تهزم الذات (Self-defeating thoughts)، وعلى مشاعر المـريض المدمن وسلوكه، أي بتعبير آخر يسـبر المعالـج نوعيـة تفكير المـدمن، ومشاعره وسلوكـه وأفعالـه، وهذا التقـويم يكون مستمـراً وعملية لا تتوقف.

يعمـد المعالـج الى أخذ المعلومـات من المـريض. ويتم وضـع الافتراضات حيال الأفكار غير السوية النوعية ونتائجهـا على المستـوى الانفعـالي والسلوكي، ومن ثم يـطرح المـزيـد من الأسئلة وتجمـع المعلومـات بغرض التثبت من الافتـراضات والتصـورات التي وضعها المعالج أو نفيها، وإذا ثبت له عـدم صحة افتـراضاتـه البدائيـة حينئذ يتعين عليه استبدالها ومتابعة تقصي مدى صحتها

ويفضـل عادة البـدء باختبـار الغرض وتقـويمه وذلـك بمعـاينـة السؤال الأول المـطروح في الجلسة الأولى وهـو: «ما هي المشكلة التي ترغب في أن أقدم لك العون من أجل ازالتها؟» وهذا السؤال يتشعب ويتـوضح كيـما يتم تحديـد المشكلة بأبعـادها أي شـدتها استمـراريتها والاختلاطات التي تصاحبها. ويُجمـع المعالجـون السلوكيون أن هـذا النـوع من التقويم يقـود بذاتـه نحو التـوافق والتـوقعـات المعقـولـة، والتعـاون العلاجي بـين المريض والمعـالج. ذلـك لأن المـريض يبصر ويحس أن المعـالـج يسعى بكـل جهـده في محـاولـة فهمـه واستيعـاب مشكلتـه ثم إن هذا التقـرب التقويمي يـظهر للمـريض الى أي حـد تكون المعلومات منطقية التي يمكن استغلالها والاستعـانة بهـا للكشف

عن تفكيره ومعتقداته الخاطئة، وهذا ما يشجعه على تطبيق ما يتعلمه لحل مشكلاته.

ولانشك أن المعلومات التي ذكرها الطبيب الذي أحال المريض الى الطبابة النفسية السلوكية هي مفيدة ولكنها تفتقر الى المعلومات الخاصة بالتقويم الأولى والافتراضات. وأن أفضل ما يفعله المعالج عند أخذ القصة المرضية والتي تعد جزءاً من تقويم الحالة هو جمع هذه القصة بأسلوب الاستبيان Questionnaire (أسئلة الورقة أو القلم) اما قبل الجلسة الأولى العلاجية أو بين الجلستين الأوليين. وهذه المعلومات تكون مفيدة في توليد الفرضيات عند المعالج بالنسبة لشكاويه المرضية

وليعلم المعالج أن المعلومات التي تتضمن العمر، والمهنة، والوضعية الأسرية، والزوجية، والقصة الجنسية، والعلاجات السابقة جميعها تكون مفيدة وذات قيمة ووفقاً لما سبق وذكرنا حول القصة الطبيعية للكحولية أو الادمان على المخدرات فإن الوقوف على بعض هذه الحقائق واستجلاء أمرها قد تخلق في ذهن المعالج الفرضيات التي بموجبها يمكن توجيه الحوار خلال الجلسات العلاجية الأولى، واضافة الى ذلك، فإن مؤالفة المعالج من سمات علاجه وخصائصه تولد ذاتها بعض الافتراضات التقويمية ثم أن الحاجة الى رصد المعلومات عن قصة الحالة وسيرها وكافة ما يتعلق بموضوعات الجلسات العلاجية، هذه الأمور هي جزء من عملية العلاج.

٨ ـ قصة الادمان على الكحول أو المادة المخدرة:

بفعل الطبيعة المتعددة الأبعاد للكحولية وأيضاً المشكلات

المرتبطة بتعاطي المواد المخدرة وبفعل عجز الكحولي عن رؤية الربط بين تعاطيه الكحول والنتائج الوخيمة التي تترتب عن هذا الادمان، فلابد والحالة هذه من اجراء تقويم للقصة الادمانية عند المريض من جميع جوانبها الشخصية والاجتماعية والأسرية.

وهذه القصة يجب أن تكون شاملة كاملة لا انتقاص فيها، أي بتعبير آخر معاينة عقابيل واختلاطات الادمان على صحته الطبية، وتكيفه الاجتماعي والمهني والأسري والزوجي والدراسي وغير ذلك.

ورغم وجود الأدوات والأجهزة المعينة الحديثة التي يستطيع المعالج استخدامها للحصول على تلك المعلومات (اختبارات التقويم أو مقاييس تفرزها الحواسب الالكترونية) الاّ أنه يكتفي عادة بالقصة السريرية للمشكلة الكحولية. تقدم القصة السريرية الكحولية عادة للمعالج المعيار الذي يقيس بموجبه شدة المشكلة الادمانية والتي عادة ماتكون عوناً للمعالج من أجل وضع الغرض وتحديد هدف العلاج، ثم إن القصة بحد ذاتها توحي للمريض أن العلاج يتوقف على مدى اهتمامه في سرد قصته بأمانة. وبالتحديد عاداته في اضعاف ذاته وارادته أمام الكحول أو المادة المخدرة، وهذه هي أهم ناحية يكشفها المدمن خلال سرد قصته، وخلال هذا السرد يمكن أن يوجه المدمن المريض الى اظهار اهتمامه بمشكلته بطريقة أخرى يطرحها المعالج بحيث تساعده على التغلب على ميله في انكاره رؤية مشكلة وتعمد تجاهلها بكونها لا ترتبط بالمشروب. ومن خلال معرفة نوع المتاعب التي سببها الكحول أو تعاطي المخدر للمريض المدمن، فإنها ستكون

مستقبلا بمثابة، أي خلال سير العلاج، نقطة تذكره بالتكاليف الباهظة التي دفع ثمنها المريض نتيجة ادمانه، وهذا ما يساعد العملية العلاجية في دحض الأفكار اللاعقلانية التي كانت تتحكم في أهواء المدمن وتجره الى تعاطي الخمرة أو المادة الادمانية.

ونذكر المعالج أنه من خلال أخذ القصة الادمانية من المريض، وما استجرت من مشكلات صحية وعقابيل سيئة أسرية ومهنية واجتماعية عليه، فإنه يتعين على المعالج الاَّ يتخذ أحكاماً ولا يصدر آراء بحق المدمن بالقدر المستطاع، فمثلا إن السؤال التالي؛ «ما هو المقدار الذي تشربه من الخمرة؟» يمكن طرحه بالصورة التالية: متى شربت في آخر مرة؟ أو أن يسأله أيضاً: هل سبق وامتنعت عن شرب الكحول خلال قيادة السيارة؟ ومن الأسئلة التي لها علاقة بعلاقاته الأسرية يمكن أن تكون على الصورة التالية: «هل سبق ونبهتك زوجتك أو أن أولادك لفتوا أنظارك الى أنك تشرب كثيراً؟».

ثم ان أسئلة من هذا القبيل: «هل سبق وطلب منك طبيبك أن تتوقف عن الشرب؟» قد تستجر سلسلة من الأسئلة ذات العلاقة بذاك السؤال وترتبط بقضايا صحية، أما الأسئلة المرتبطة بالحياة المعاشية والدخل والعمل فيمكن أن تطرح على الشكل التالي: «هل سبق وذهبت الى العمل وكنت مخبولا؟» أو «هل سبق وأنذرت بالفصل عن العمل نتيجة شربك؟».

أما المشكلات المرتبطة بضبط الذات والقدرة في السيطرة عليها فيمكن أن تسبر بالصورة التالية: «هل سبق وشربت أكثر مما عزمت

عليه شربه؟» أو «هل سبق وحاولت أن تلجم ذاتك وتتوقف عن الشرب ولكن وجدت صعوبة كبيرة أو استحالة هذا الكف؟».

وبالطبع ان الأسئلة التي ذكرناها هي نماذج فقط على ما يمكن أن يطرحه المعالج في عملية تقويمه للنتائج الاجتماعية والطبية والمهنية والأسرية والاجتماعية التي تترتب عن ادمان الخمر أو المواد المخدرة. إن المعالج الحديث العهد في المهنة أو المعالج غير الضليع بمهنته (الغر) قد يعتمد على الاختبارات والمقاييس الخاصة بالقصة الادمانية على المسكرات كمقياس مشكلة شرب الكحول لفيلانت (١٩٨٣) أو اختبار فولغرو بارتز (١٩٨٢). ومرة ثانية نذكر أن الهدف من الحصول على قصة الادمان عند المريض ليست هي لأغراض البحث أو للوصول الى تشخيص قطعي لا لبس فيه، ولكن الهدف هو جمع المعلومات الخاصة بالنتائج السلبية التي تترتب عن اقبال المريض على شرب الكحول أو المادة المخدرة.

٩ ـ التقويم المعرفي:

اضافة الى عملية استقصاء القصة الادمانية عند المريض والتعرف على مشكلات المريض المدمن التي نجمت عن تعاطي الكحول أو المادة المخدرة فإن الجانب الأكثر أهمية في عملية التشخيص والعلاج البدئيين هو تحديد نوعية الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المريض نحو المخدر أو المسكر وسوء اضطراب الوظيفة المعرفية (الادراكية)، والانفعالات المنافية التي يعيشها المريض والتي تخلد أنموذج قهر الذات والتزامها وسلبيتها

وضعفها أمام المخدر أو المسكر

في الفصول الثلاثة (الخامس والسادس والتاسع) سنفصل باسهاب بعض أنماط الأفكار الخاطئة اللاعقلانية وما يتبعها عادة من انفعالات ومشاعر منافية سلبية والتي غالباً ما يعيشها المدمنون ومتعاطو المخدرات وتكون محور تفكيرهم التي توهن ارادتهم وتجعلهم مستسلمين الى ادمانهم. وتدل الخبرات السريرية الى أن بعض المعتقدات الخاطئة تبدو مهيمنة على أذهان الكحوليين بحيث تمنعهم من المباشرة بالعلاج، وهذا ما يجب على المعالج أن يوليه الاهتمام.

على المعالج أن يتوقع وجود مقدار هام من شدة العرض Symp-tom stress عند الكحوليين والمدمنين على المخدرات، لذا عليه أن يسمع ما يفضي به المدمن من لعنات وادانات ضد ذاته نتيجة تورطه في الخمرة أو المادة المخدرة. وأيضاً عليه أن يكتشف ما يعانيه من قلق الانزعاج وتحمله الضعيف للاحباط. وننبه المعالج الى حقيقة هامة هي أن المعتقدات التي تبدل سلوكياته الادمانية تبدو بالنسبة الى المدمن قاسية شديدة الوطأة عليه، ويترتب عنها مستويات طاغية من الانزعاج، لذا فإنه من الأهمية بمكان أن ننبه المدمن الى ذلك كيما يتوقع سلفاً أن معركته مع معتقداته الخاطئة التي هي سبب مشكلته الادمانية ليست سهلة، وعلى المعالج أن يكتشفها بالسرعة المطلوبة «أي المعتقدات الخاطئة».

والامر الثالث في هذا الموضوع هو أن المعتقدات والأفكار التي تدور حول اليأس وفقدان العون، والارتباط بالغير والاتكال عليهم

يجب أيضاً الكشف عنها وتحديدها من قبل المعالج من أجل منفعة المداخلة العلاجية البدائية.

وبالطبع فإن المعتقدات والأفكار الخاطئة التي تستجر الكدر على المريض وتتجلى في هذا النوع ليست وحيدة بل قد توجد أفكار أخرى ضارة مؤذية لا منطقية مختلفة لها أهميتها أيضاً، وهذه أيضاً يجب أن يشملها الكشف والتعرف عليها وبالتالي دحضها والتصدي لها، فهذه القضايا إذا لم يعرها المعالج انتباهه ولم يكتشفها فإنه يعيق الى حد كبير التقدم العلاجي، وقد تفضي الى أن يفقد المريض أمله فيقطع العلاج ويتوقف عنه

١٠ ـ تحديد هدف العلاج:

من أسس العلاج الانفعالي ـ العقلاني أنها تشجع المعالج على الانخراط انخراطاً فعالا ومباشراً مع المرضى من أجل وضع أهداف علاجية واقعية ومثل هذا الجانب مس العلاج هو من الأهمية بمكان في التعامل مع المريض الذي يبدي درجة كبيرة من المقاومة ضد العلاج أو الأفكار، وفي غالب الأحيان عندما تصاب المداخلة العلاجية بالفشل، فإن الذي يحدث هو أن المعالج يسند فشل العلاج الى ضعف حوافز المريض ومواقفه غير الايجابية اللافعالة تجاه العلاج، في حين يُحمل المريض بالمقابل فشل العلاج نتيجة اليأس على عاتق المعالج (Miller 1985). إلاَّ أن الواقع هو في كون الاثنان يشتركان في هذا الفشل ويتحملان مسئولياته بالتساوي نتيجة عدم الاتفاق على أهداف علاجية قابلة للطبيق.

وعندما نجد ضعف التقدم العلاجي فهذا يعكس في واقع الأمر وجود قرار ضمني أو واضح أن أهداف العلاج هي غير ضرورية وناقصة وغير ملائمة أو يتعذر تحقيقها. وإذا كان الأمر على هذا المراد، فإن الاتفاق على الأهداف من شأنه أن يجعل التقرب العلاجي أكثر واقعية ونجاعة، وبذل الجهود الرامية الى اعادة توجيه المعالجة التي تم الأخذ بها.

إن المجال الهام في تحديد الهدف العلاجي يكون في مناقشة القضية المتعلقة بالسيطرة على نزوع الشرب وضبطه Miller, Marlot 1983. ولعل السؤال المطروح في هذا الخصوص هو: هل السيطرة على شرب الكحول هي الهدف أم الاقلاع عنه نهائياً؟ الجواب هو في الأبحاث التي تناولت هذه القضية تناولا موسعاً فخلصت الى ما مفاده أن الامتناع النهائي أو السيطرة على حد معين من الشرب إنما يتوقف الى حد كبير على سمات وخصائص الشخصية للمريض المتعالج وواقع الأمر أن عدداً كبيراً من الأفراد قد يرتدون ليتناولوا شرب الكحول بصورة معتدلة وبدون أن تظهر عليهم أعراض التسمم الكحولي. الاَّ أنه من ناحية أخرى هناك اتفاق تتسع دائرة أفراده من الباحثين على أن تحديد الهدف العلاجي على أساس ضبط الشرب والسيطرة على كمية الحجم المشروب من الكحول عند بعض الأفراد لا يلبي الهدف العلاجي الناجح. كما أن نفعه السريري محدود. وهذه المجموعة من الأفراد تتسم عادة بتعود شديد بدني فيزيولوجي على الكحول اضافة على عجزهم في السيطرة على المقدار الذي يحددونه من الكحول، وسنهم متقدم، وقصة ادمانهم مزمنة أما

الشباب الذين لم يظهر عليهم التعـود البدني للكحـول بدرجـة كبيرة، وليس لديهم اختلاطات جسمية نجمت عن تناول الكحول، ولديهم استقرار اجتماعي ومهني مقبولان نسبياً، فقـد يكون تنـاول الكحول بصورة معتدلـة هدف العـلاج. ولا شك أن تقـويم هذا المـوقف من حيث تحديد الهدف العلاجي بالامتناع النهـائي عن تعاطي الكحـول أو السماح بالشرب الخفيف المعتدل هـذا التقويم يعـود الى تقديـرات المعـالج ذاتـه التي تعتمد عـادة على قصـة المريض وسمـات شخصيته والحالة البدنية العامة وغير ذلك من المتحولات الأخرى التي ذكرناها.

ويحسن أن نضيف أنه ضمن اطار العمل باستـراتيجية العـلاج الانفعـالي ـ العقـلاني يمكن أن تتم منـاقشـة الأهـداف إذا كـانت المعلومـات التي تم جمعها خـلال سير العـلاج تـدعم عمليـة تبـديـل السلوك الادمـاني. فسواء أكـان الهدف في العـلاج هـو ضبط الـذات خلال الشرب أو الامتناع عنه كليـاً، فإن تقنيـات العلاج الانفعـالي ـ العقلاني وفلسفتها تكون واحدة في كلتا الحالتـين. والشيء الهام دومـاً هـو أن ينخرط المـريض المتعالـج ويكون لـه دوره في تحديـد أهـداف العـلاج. وأن تحليل الفـائدة أو الخسـارة عند المتعـالج من الحـالتـين السابقتين يمكن اجراؤه والمثال التالي يوضح القصد:

فرد مدمن يعاني من آفة كبدية نتيجة تهالكـه على شـرب الخمر يومياً، وقصة ادمانـه مزمنـة، وترتب عن هـذه العادة السيئـة حدوث مشكلات ومتاعب في أجـواء أسرتـه وعمله. فهذه الحـالة تستـوجب امتناع المدمن المتعالج امتناعاً كليـاً عن تعاطي الخمـرة وذلك كهـدف علاجي أساسي، ولعـل أفضل الـطرق وأنجعها والتي أعـطت نتائـج

مشجعة (تجارب الدكتور محمد حجار العلاجية ١٩٨٨) في مثل هذه الحالة أن تثقف المدمن المتعالج وتضع بين يديه القراءات العلمية التي تبرز أخطار الخمر على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية والأسرية، فمثل هذه القراءات تعزز الى حد كبير وتدعم العلاج فتحفز المتعالج على رفع وتيرته التعاونية للتخلص من نزوعه الادماني أو السيطرة عليه شريطة أن يكون جاداً في العلاج. ولعل الشخصيات الحساسة الوسواسية هي أكثر ما تستفيد من هذه القراءات المنفرة المكرهة للخمر ومن ثم يتبعها تحليل الربح - الخسارة الناجم عن تعاطي الخمرة اعتدالا أو الامتناع عنها نهائياً، ومن خلال هذا التحليل الذي يشترك فيه المتعالج والذي يتناول مخاطر الخمرة ومساوئها بالنسبة للمتعالج، ومن ثم الوصول مع هذا الأخير الى اتفاق حول أهداف العلاج ولو لفترة تجريبية على الأقل، فان الهدف الأخير والنهائي يمكن تحديده بعد تلك الفترة التجريبية للهدف البدائي الأولي، وهذه الأهداف إما أن تكون الامتناع أو الشرب المعتدل الخاضع للسيطرة والضبط.

ويترجم الهدف المتخذ (أي هنا الشرب المعتدل) بالانقاص في حجم الكحول المشروب، وفي الزمن الذي يقضيه المدمن في تناول الخمر، وفي عدد المرات التي يتناول فيها الكحول أسبوعياً وبالطبع فإن الاتفاق على هذا البرنامج العلاجي يستوجب امانة من جانب المتعالج وصدقاً في رصد سلوكه في الشرب الجديد المتفق عليه لفترة من الزمن قبل أن يقرر أن هذا السلوك الجديد قد تعزز وتثبت. وواضح أن هذا النهج قد لا يكون عملياً بالنسبة للمدمنين المحترفين

في الشـرب والذين كـانوا يتعـاطـون الخمـر بكميـات كبيـرة. ولعـل الأسلوب الأفضل والأكثر واقعية هو في أن يفطم المدمن عن الكحـول وذلك لتدريبه على ضبط الذات، ومن ثم يسمح له بالشـرب المعتدل تدريجياً الى الحد المسموح به وأيضاً نعود ونكرر أن السماح بالشرب المعتدل دوماً محفوف بالخطر بالنسبة للأشخاص الذين اتسم سلوكهم الحياتي بضعف السيطرة على الذات، والأفضل هو الكف النهائي عن المشروب في جميع الأحوال (محمد حجار ١٩٨٨).

هناك ما يجعلنا نطرح السؤال التالي: «لماذا يبـدو تحديـد الهدف العـلاجي هـامـاً جـداً في عـلاج مـرضى الادمـان عـلى الكحـول أو المخـدرات؟» إن الخبـرات السـريـريـة دلت عـلى أن المـدمنـين قبـل التماسهم العلاج قاموا بمحاولات شخصية كللت بالفشل للكف عن تعـاطي الكحول أو المـادة المخدرة. فقـراراتهم بالامتنـاع أو الكف لم تكن مصحـوبة بعـزم أكيد، وتصميم غـير قـابـل للتـراجـع لتبـديـل سلوكهم الادمـاني. وهنـا يكـون الهـدف المتفق عليـه بـين المعـالـج والمتعـالج لا يعـدو كونـه اتفاقـاً ماديـاً ملزماً للسـير في طـريق القـرار القـاضي بتبديـل السلوك مع التدريبات والتمـارين التي تدعم هـذا التبديل. واضافة الى ذلك فإن وضع الهدف من جهة علاجية له طابع يختلف عن القـرار الفـردي من حيث المـوقف من تبـديـل السلوك والالتزام به. وتدل أيضاً الـدراسات السـريريـة الى أن الأفراد (عنـد تحـديـد الهـدف معهم والاتفـاق عليـه)، يفتقـون قـدراتهم الكـامنـة ويـطلقونها نحـو تحقيق الهدف بينما لا تكون لـديهم مثل هـذه العزائم القدرات لو فرضوا على أنفسهم لوحدهم (Bandura 1982).

تتزايد الفعالية الذاتية وتتعاظم من خلال النجاح في تحقيق الأهداف المرسومة العلاجية المتفق عليها، والأهداف أكثر تحقيقاً وانجازاً عندما ينخرط المتعالج في رسمها والاشتراك في وضعها. وتدل الأبحاث التي تناولت مسألة التبديل العلاجي الخاص بضبط سلوكيات الطعام وفرط الأكل، إن المشاركة بوضع الهدف بين المعالج والمتعالج من شأنها تحسين هذا السلوك وتنظيمه أو تبديله (Oxford 1985).

وهذا الأمر يبدو هاماً نظراً لأن المسئولية بالتدبر الذاتي وزيادة الفعالية الذاتية Self-efficacy هما موضوعان هامان في العلاج الانفعالي ـ العقلاني. فوضع الهدف من قبل المعالج والمتعالج يمكن استخدامه لتعزيز تفكير المتعالج إن التنظيم الذاتي الفعال Effective Self-regulation، ومسئولية التوجيه الذاتي هما أمران قابلان للتحقيق والتطبيق. وقد يبدو هذا الأمر أكثر أهمية عند بعض المرضى من الآخرين، فالمرضى الذين يشكون من اكتئاب شديد، ويأس، وتقريع للذات هم بحاجة الى جهود موجهة حية نشطة لمساعدتهم على تعزيز الاعتقاد عندهم إن في مقدورهم تحمل المسئوليات وقبولها بغرض تحقيق فعالية المعالجة أولا، وثانياً على المدى البعيد، لكي يتدبروا بأنفسهم مسألة ادمانهم اضافة الى التعقيدات السلوكية والعاطفية التي تتأتى من الادمان. وننبه بخصوص مسألة تحديد الهدف العلاجي الاَّ يلجأ المعالج الى اكراه المتعالج لقبول الهدف الذي يقترحه الأول، وفي حال اختلاف وتباين الآراء بين الاثنين حيال الأهداف العلاجية على المعالج اختيار أحد الطرق التالية:

أ ـ التعامل مع المريض من أجل تخفيض مستوى الكحول أو الحجم الذي يتناوله

ب ـ رفض علاجه.

جـ ـ السعي لتبديل هدف المريض من العلاج.

ويفضل اختيار الطريق الأول لا لأنه هو المرغوب، بل لأنه أفضل الطرق ذلك لأن الحلين الأخيرين لا يبدوان مفيدين. فالهدف الثاني لا يفرز فقط عند المريض التفكير الثنائي المتضاد ولكن أيضاً يكون الرفض خالقاً للعدوان والحقد في نفسية المريض ضد المعالجين النفسيين لأنهم رفضوا معالجته

أما الخيار الثالث فباعتقادنا أنه لا يكون مرغوباً ذلك لأنه يؤدي الى فقدان التوافق بين المريض والمعالج حيث يظل الاثنان ضمن الاطار المتضارب في الأهداف فلا يؤدي ذلك الى تعاون علاجي. فالخيار الأول هو الأنجع لأنه يقبل المريض ويسعى الى تبديل تفكير المريض حيال الكحول وتوقعاته حيال الكحول.

وليعلم المعالج أن الأهداف العلاجية المرسومة للمريض ليست جامدة مصوغة بقوالب غير قابلة للتعديل أو منحوتة على حجر، فالمريض قد يتبنى في نهاية الأمر هدف الاقلاع نهائياً عن الكحول أو عن تعاطي المخدر عندما يدرك أن الشرب المعتدل (وهو الهدف الأول المتفق عليه) بدا له أمراً مخادعاً غير عملي.

ويرى العلامة البرت أليس أن أفضل ما يلجأ اليه هو أن يتفق الاثنان على تجربة عندما يختلفان في هدف العلاج. وهنا يسعى

المتعالج ليكون ناشطاً في جمع المعلومات والوقائع لاثبات أن هدفه ووجهة نظره هي الواقعية أو بالعكس. إذ أن التجارب والخبرات السريرية أكدت أن المدمنين يجدون صعوبات كبيرة في تبديل سلوكهم الادماني نحو الكحول في الوقت الذي ما زالوا يتعاطون الكحول، لذا فإن أفضل علاج لهم هو الفطام نهائياً عن الكحول. وعلى أقل تقدير في بداية العلاج، وهذا التوقف النهائي لا يعني بالضرورة أن يوافق عليه جميع المرضى، فإذا ما قيض للمريض أن يتبنى هدف ضبط شربه، خلاف رأي المعالج ونصحه له، هنا يستحب أن يكون هدف المريض بمثابة تجربة إما تقود الى فوائد نوعية أو بالعكس تؤزم المشكلات المرتبطة عادة بالاستمرار في تناول الكحول. وقد يجد القارىء إن في قبول هذه التجربة معناه انصياع المعالج الى آراء المتعالج، فلا يوجد إذن معنى لمفهوم العلاج طالما أن المعالج لا دور له في توجيه المتعالج نحو الهدف الأفضل له.

الواقع أن هذا الأمر ليس على هذا النحو، فالمعالج يجب أن يوضح للمريض المتعالج أن ما اختاره المريض هو هدف غير واقعي (أما الاستمرار لا يؤذيه أو بالعكس)، ولكن لصالح العلاج وبهدف تقديم العون للمريض فإن المعالج يرغب في الاستمرار بالتعامل مع المريض وفق النحو الذي اقترحه شريطة أن يكون أميناً صادقاً في تقديم النتائج التي تترتب عن التجربة المقترحة. وهنا يجدر أن يأخذ المبادرة المعالج فيطلب من المريض أن يرصد نتائج تجربته القائمة على الشرب المعتدل، فيقتفي أثر هذه التجربة بما تظهره من حسنات وسيئات وذلك وفق سجل يفتح لهذا الغرض يتكفل المتعالج برصد

النتائج بنفسه، اضافة الى تنظيم عقد بين الاثنين حيال هذه التجربة. فإذا لم يلتزم المريض بما تعهد به في العقد المبرم فإن هذا الخطأ لابد من مواجهته بحزم في العلاج. وهنا على المعالج أن يقترح هدفاً مناسباً يتفق عليه بعدما فشل المريض بالالتزام بتعهده.

وننبه الى أن تبني موقف معمم من جانب المعالج يظنه هو الأسلوب الأنجع الواجب تطبيقه في كل الحالات (أي وضع أهداف مسبقة علاجية) على المدمنين المرضى وذلك في بدء العلاج مثل هذا التبني قد يترتب عنه عند بعض المرضى ايقاف علاجهم باكراً وانغماسهم في تسميم ذواتهم وتخريب عضويتهم لفترة غير محددة من الوقت. ومن واجب المعالج أنه عندما يصادف مرضى قدموا اليه من أجل علاجهم ولديهم معضلات شديدة ترتبت عن الادمان وتعاطي المشروب، فإن الهدف الأولي والرئيسي الواجب أن يحققه هو جعل المدمن يوقف سوء استخدامه للكحول أي ايقاف الكحول. ومن ثم يلتفت الى علاج الاختلاطات الصحية والطبية والسيكولوجية والاجتماعية التي نجمت عن هذا الادمان وليس العكس، أي معالجة الاختلاطات أولا

وفي كثير من الاستراتيجيات العلاجية (وهذا خطأ طبعاً) أن يتوجه المعالج الى شخصية المريض المدمن ويتعامل مع مشكلات تعامله ووسائل دفاعه المعتورة بهدف زيادة مهاراته ووسائل دفاعه ضد الموترات والتصدي لها. صحيح أنه يكسبه بذلك مهارات تعاملية تكيفية أفضل ويتضاءل القلق عنده بفضل هذه المهارات التعاملية

المكتسبة ولكنه يظل مستمراً في تناول الكحول تناولا باتولوجيا (مرضياً).

فالاستراتيجية الصحيحة العلاجية هي التوجه أولا الى الادمان بمهاجمته لايقافه. وقد يتساءل بعض المعالجين فيما إذا كانت الحكمة تقضي باستمرار التعامل مع المرضى الذين ما فتئوا يسيئون استخدام الكحول أو المخدر، ويتمادون في تعاطيه. هناك من يجيب على التساؤل، إن التعامل مع أمثال هؤلاء معناه أن المعالج يسهم في عملية انكار المتعالج لمشكلته.

الحقيقة أن الأمر ليس على هذا النحو بالضرورة فالمريض قد يستبصر فيرى شفاءه من خلال عملية تطورية. أي بتعبير آخر إنه من خلال الاستمرار في التعامل العلاجي مع هذا المريض الناكس المرتد الى شربه فإننا بذلك نكسبه وعياً أكبر واستبصاراً أقوى بالأسباب التي تجعله ناكساً نحو شربه أي بكلمة أخرى نجعله يعي أنموذج تحمله الضعيف جداً للاحباط الناجم عن الكف المؤقت للشرب، ويفهم فهماً أفضل قلق الانزعاج الناجم عن هذا التحمل الضعيف للاحباط الذي تولده الافكار الخاطئة التي يحملها تجاه المشروب. وعلى المعالج أن يرنو في علاجه دوماً الى تحقيق التقدم العلاجي والالحاح عليه، وليس على كمال وضع الأهداف العلاجية والوصول اليها.

الفصــل الخامس

أسلوب تبديل التفكير الادماني

يفتــرض أسلوب العـلاج الانفعـالي ـ العقـلاني في عـلاجـه للمدمنين على المسكرات والمخدرات أن الأفكار الهـازمة للذات Self-defeating thoughts، ومـا تستجـره حكمـاً من مشـاعـر وعـواطف وسلوكيـات سلبية، هـذه الأفكار هي الهـادمة للذات وحيـاة المـدمن والمقوضة لأركان معيشته

ويمكن القـول أن التفكير ذاتـه وليس الشرب هـو الـذي يقـود متعـاطي الكحول أو المـادة المخدرة إمـا الى الاقلاع عن هـذا الـولـع الادمـاني أو الامعان فيـه والاسـراف في تعـاطيـه والغـرق في ويـلاتـه وشروره.

وإذا أمعنا النظر بـارشادات وشعـارات ومنشورات المؤسسـات العالمية لمكافحة المسكرات والمخدرات لوجدنا ارتباطاً مكيناً بين أنماط التبديل للأفكار الآلية التي تراود المـدمن وسلطان المعتقدات المهيمنـة على تفكير المدمن من جهة والشفاء من الادمان مں جهة أخرى.

والشيء البات القاطع في هذا الصدد ـ وهنا يكمن لب العـلاج وجـوهـره ـ ان مـا يكلم بـه المـدمن ذاتـه من مقـولات حـول مشكلتـه (الأحاديث الضمنية مع الذات)، والمشـاعر المنـافية التي يحس بهـا في محاولته للتعبير عن مشكلته الادمانية، والأهم من كـل ذلك مـا يقولـه

عن ذاتـه (تقويم الـذات)، حيال مشكلتـه هـذه الأمـور هي جـوهـر معتقـداته حيـال المسكـر أو المـادة المخـدرة وهـذا مـا يحـاول العـلاج الانفعالي ـ العقلاني مساعدة المدمن المريض على تبديلها وتغييرها.

في هذا الفصل سنـركز عـلى ما نسميـه «بالتفكـير الادماني» أي معتقـدات المـدمن ومـا يحـدث بـه ذاتـه عن مشـكلة ادمـانـه Self-statements أي بكلمة أخرى ستتكلم عن:

١ ـ مشكلتـه المـرتبـطة بـالكحـول أو الأدويـة الأخـرى ذات التـأثـير الادماني.
٢ ـ الاضطرابات الانفعالية التي تخلدها المشكلة وتبقيها ناشطة فـاعلة اضـافة الى الانفعـالات المعتورة المشـوهة التي تـظهـر من خـلال محاولته تبديل سلوكه الادماني.
٣ ـ المعتقدات التي يحملها والأحـاديث التي تدور بينـه وبين ذاتـه عن نفسه

وقبـل الانطلاق في تفسـير ما ذهبنـا اليـه يحسن أولا أن نعـاين بعض الأمور العامـة المرتبـطة بالتصـدي للتفكير الادمـاني ومناهضتـه بهـدف تبـديله، ومن ثم نعـرج نحـو شـرح التقنيـات النـوعيـة التي بواسطتها نستعين في تدريب المدمن على تبديـل معتقداتـه الادمانيـة، وأخيراً سنطرح على القارىء بعض الأفكار الخاصة بالمحتـوى النوعي للتفكير الادماني وأنماط مناهضة هذا المحتوى.

١ ـ قضايا عامة خاصة بالتصدي للتفكير الادماني:

ليعلم القارىء أن التفكير الادمـاني على غـرار الأنماط الأخـرى

من التفكير اللامنطقي غالباً ما نراه آلياً لا شعورياً معزز التعلم، ويمارسه المدمن ممارسة مستمرة. وبسبب هذه السمات للتفكير الادماني تبرز صعوبة تبديله وتصويبه ومقاومة تغييره من قبل المدمن، وثمة أمر آخر في هذا الخصوص هو أن الكحوليين وغيرهم من رهوط الادمان على المواد الأخرى غالباً لا يَعُونَ الارتباط الكائن بين تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكياتهم، لهذا السبب ينصح في باكورة التعامل العلاجي مع المدمن اظهار هذا الترابط الغائب عن منظوره ووعيه.

وهذا الترابط يمكن اظهاره بالمحادثة ومن خلال اعطاء أمثلة حية والخبرة الذاتية التي يعيشها المدمن خلال سياق المعالجة. ونجد في بعض الأحيان أن بعض المرضى يميلون الى التعرف على الآلية النفسية الكائنة وراء تعاطيهم الكحول أو المادة المخدرة. وهذا ما يجب أن ينتهجه المعالج في مساعدة المدمن المريض على أن يأخذ مبادرة مسئوليته الذاتية في التعرف على الأفكار الهازمة للذات ومن ثم التصدي لها ومناهضتها بهدف تبديلها بأفكار ايجابية معززة للأنا ومقوية للفعالية الذاتية. وغالباً ما نجد أن المرضى يصيبهم التقدم إذا ما تم الفات نظرهم الى هذه العملية وتعليمهم اياها.

ولا مراء أن مناهضة الأفكار اللامنطقية المزلقة نحو تعاطي المشروب أو المادة المخدرة وذلك بمنهج منطقي وتجريبي عملي وفلسفي هذه المناهضة تعطي أكلها وثمارها في تصويب البنية المعرفية عند المدمن وتصحيحها.

وفي هذا الكتاب سنعمد الى تبسيط هذه العملية التصحيحية للفكر الخاطىء اللامنطقي وذلك من خلال تقديم أمثلة عن المعتقدات الخاطئة التي غالباً ما يحملها المدمن. وتكون جوهر بلائه بالادمان، والامعان في تعاطيه وتخليد سلوكه الادماني. وبالطبع فالأمثلة التي سنذكرها لا تعد المثل الذي يحتذى به فتؤخذ كما هي في ميدان التطبيق، وتطبق على كل حالة، فهي لا تتعدى كونها أسلوباً توضيحياً ينير الطريق أمام المعالج ليبتدع على منوالها وذلك وفقاً للحالات الفردية المختلفة، واستناداً الى تحليل المعتقدات الخاطئة التي يحملها الفرد المدمن، والتي عادة ما تختلف في المحتوى من شخص الى آخر. وعادة ما نجد أن المعالج يفضل الأنماط المختلفة والاعتماد على أسلوبه الخاص واللغة التي يراها مناسبة، اضافة الى فهمه ووعيه لفردية المريض الخاصة به. وبصرف النظر عن الصياغة الانيقة لتعابير المناهضة للفكر الخاطىء التي يعدها للمريض كيما يستخدمها في تمارينه اليومية، فإنه من الأهمية بمكان الالتفات الى قدرة المريض اللغوية وأنموذج تفكيره عند هذه الصياغة. وأن التعارض الشديد بين الأفكار المطروحة من قبل المعالج حيال صياغة التعابير المناهضة للمعتقد الخاطىء وبين المتعالج لا تؤدي نتيجة مرضية في هذا الجهد.

يتبنى العالم السيكولوجي الشهير البرت أليس أسلوباً مرناً ودائماً لدحض الأفكار الخاطئة مع الأخذ بالاعتبار التحفظات التي أتينا على ذكرها في صياغة الأسلوب. فالملاحظ وفقاً للخبرات السريرية أن بعض المرضى يظهرون استجابة جيدة ازاء أشكال المناهضة للمعتقد التي تأخذ صورة تعليمية وتوجيهية، وتدريسية في

حين نرى آخرين يبدون استجابة آنية للتمارين البيتية المعطاة لهم، ويستفيدون منها، وآخرون وهم عادة يجدون الفائدة عند فهم خداع وتضليلات تقويماتهم وتأويلاتهم. وثمة مرضى يتقنون ممارسة تبديل الحديث مع ذواتهم كوسيلة مضادة لمعتقداتهم الخاطئة المتصلبة. ونافلة القول أنه من الأهمية بمكان أن يشرح للمرضى بطريقة مباشرة ومفهومة ارتباط أفكارهم بمشاعرهم وسلوكياتهم. وأن تبديل السلوك هو منوط جوهرياً بفهم هذا الترابط اولا، وثانياً بتبديل التفكير الذي يؤثر على السلوك والعاطفة معاً.

يلجأ المعالج الى اظهار للمرضى كيف في مقدورهم ايقاف هذا السلوك التخريبي وذلك من خلال تبديل التفكير الأخرق اللامنطقي الذي يعزز فيهم السلوك الادماني واثارة الانفعالات السلبية الممضة تتم عملية مناهضة الأفكار اللامنطقية المؤذية مباشرة وبصورة نوعية وذلك من خلال مراقبة عواطف المرضى في الجلستين الأولى والثانية وهنا يسأل المعالج المريض عن مشاعره في لحظة مناهضة أفكاره الخاطئة ومن ثم يحاول الكشف عن تفكيره. ومثل هذه الخبرة الآنية تقدم دليلا للمتعالج على هذا الترابط بين التفكير والانفعال والسلوك.

ويجدر الذكر هنا أنه من المفيد جداً أن يسرد المعالج للمريض خبراته والحالات العلاجية التي عالجها وأمثلته التي توضح لهذا الأخير هذا الترابط وبصورة تعليمية وعندما يطرح المعالج مثل هذه الأمثلة والشواهد عليه أن يسأله دائماً فيما إذا شعر أو فكر بمثل هذه الأمثلة،

وهذا من شأنه مساعدته على الاستبصار بتفكيره ومراقبة ما يطوف في ذهنه من أحاديث مع الذات وأفكار خاطئة لم يسبق أن وعاها سابقاً.

على المعالج أن يشجع المرضى على التحدث مع ذواتهم بأمور تتعلق بشرب الخمر أو تعاطي المادة المخدرة، ومن المفيد أيضاً في أغلب الأحيان تزويد المتعالج ببعض المعايير للحكم فيما إذا كان تفكيره حساساً أو غير حساس، أي بتعبير آخر منطقي أو غير منطقي.

ويمكننا هنا الأخذ بقواعد العلامة مولتسبي Moultsby الخاصة بالتفكير المنطقي (مولتسبي ١٩٧٩) حيث سنحاول تعديلها نسبياً، وهذه القواعد هي التالية بخصوص التفكير المنطقي:

أ ـ يقوم على حقائق.

ب ـ يساعد الناس على حماية أنفسهم من أدى محتمل الوقوع.

جـ ـ يساعدهم على تحقيق أهدافهم القصيرة والطويلة المدى.

د ـ يساعد على حمايتهم من اثارة الخصومات والصراعات مع الآخرين.

هـ ـ يسبغ عليهم الاحساس بالمشاعر الايجابية التي يرغبونها.

ونجد في بعض الأحيان أن نفراً من المرضى المدمنين يجدون بعض الصعوبات في الأخذ بالقواعد الآنفة الذكر. وهنا يجدر بالمعالج أن يطبق هذه القواعد على تفكير المرضى من هذا القبيل. والمهم بالنسبة للمرضى أن يكتشفوا قدرتهم في التعرف على تفكيرهم الآلي، ومن ثم اختباره فيما إذا كان حساساً ومساعداً معيناً. وأخيراً العمل

على تبديل هذه التفكير الآلي الأوتوماتيكي اللاشعوري بتفكير أكثر نفعاً وايجابية. وبالطبع إن هذه العناصر الأساسية في تحليل التفكير والتعرف عليه يجب أن تكون موضوع تمارين وتدريبات متكررة ينفذها المتعالج بارشاد المعالج ليصل الى القناعة بضرورة تغيير تفكيره الآلي واستبداله بآخر أكثر نجاعة واغناء ونفعاً كيما يبدل أيضاً مشاعره التي يتحكم تفكيره بنوعها.

ويحسن بنا الآن بعد هذه النظرة المفصلة الخاصة بتحليل البنية المعرفية (التفكير)، والقواعد الناظمة في اعادة تركيبها وتبديلها، أن نعاين الأمور العامة (الاعتبارات) الخاصة بعملية مناهضة الأفكار المؤذية المغرية لتعاطي الخمرة أو المادة المخدرة والممكن أن يعتمدها المعالج في باكورة التفاعل العلاجي.

١ ـ بما أن مناهضة الأفكار المنافية هي جوهر العلاج الانفعالي ـ العقلاني لذا فإن من الأهمية بمكان الاسراع في التعامل مع هذه الأفكار وذلك بالتعرف عليها وتحديد هويتها ونوعيتها وبالتالي تبديلها بأحاديث مع الذات ايجابية تبدل هذا التفكير الكحولي الادماني. إن هذا ما يساعد في خلق التوقع باستمرار هذه العملية والانخراط بعمق في العملية العلاجية من جانب المتعالج وبالتالي يكون أكثر استفادة من هذا العلاج.

٢ ـ يباشر بالمناهضة لتلك الأفكار المنافية في الجلسات الأولى العلاجية وذلك عن طريق الاظهار للمريض المتعالج الارتباط التفاعلي الكائن بين الأفكار والانفعالات والسلوك أو الفعل، وما أن يتم التعرف على الأفكار الخرقاء الخاطئة التي تثير النزوع نحو الشرب

أو تعاطي المادة المخدرة حتى تبدأ معركة هذه المناهضة وتتعرى أذيات تلك الأفكار

٣ ـ هناك العديد من التقربات والاستراتيجيات الممكن الأخذ بها لمناهضة الأفكار المؤذية والتي تتضمن الحوار والتقربات التي تستشعر المتعالج بها. والملاحظ في الممارسة السريرية أن معظم المعالجين أصحاب الخبرات في هذا الميدان يوجدون نمطاً خاصاً من التفاعل مع المرضى بهدف تعظيم وتصعيد عملياتهم الكفاحية النضالية ضد أفكارهم الادمانية وبالطبع ننبه هنا الى أهمية كون الاستراتيجية المعتمدة مرنة متوافقة مع مشكلات المريض ومشاعره وقدرته اللفظية

٤ ـ كيما تكون عملية المناهضة مقنعة بالنسبة للمتعالج يتعين اشراك المريض بهذه العملية بأسرع ما يمكن. ويكون هذا الانخراط خلال الجلسات حيث يتم سبر الأفكار الآلية اللاشعورية النوعية وعلاقاتها بالانفعال والسلوك الراهنين. وعملية الكشف هذه يمكن أن تتم من خلال التخيل، أي الطلب من المتعالج أن يتخيل آخر موقف أو عارضة شرب للكحول وبواعثها وكيف كان يحدث نفسه في الموقف الباعث للتوتر قبل اقباله على شرب الكحول أو ما يتوقعه من شرب نتيجة مشكلة.

ويمكن القول أنه نتيجة للعادات الفكرية المترسخة النزاعة نحو تعاطي الكحول وما يترتب عنها من مشاعر وسلوك متصلبين وبالتالي مقاومة كل تبديل لهذا الأنموذج من التفكير والشعور والسلوك من قبل المريض المتعالج، فإن هذا الأخير قد يستفيد

س المناهضة المقنعة الحية (Dryden 1984, Ellis 1985) .

٥ ـ في بعض الأوقات يواجه المعالج أن محاولاته الرامية الى ابراز أفكار المريض (من خلال المحادثة والحوار) المضعفة لذاته ولارادته لا يصيبها النجاح. وهنا يفضل أن يسأله فيما إذا كان مصيباً في تعامله معه من أجل مصلحته وفائدته ونفعه، وأمثال هذا المريض يكونون عادة من الطبع العنيد الصلب، المعارض والمتسم بالعدوان السلبي الموجه لكل سلطة. وأن الامعان في اقناعه بعقلانية عمل المعالج يزيده مقاومة وعناداً. ولعل في مثل هذه الحالة أن يعود المعالج الى الوراء قليلا حيث الأسس فيستعرض أهداف المريض عند التماسه العلاج، ويراجع معه العقابيل السلبية التي نجمت عن تعاطيه الخمر في الماضي، وما سيواجهه مستقبلا من هذه العقابيل، وأيضاً محاسن ضبط ذاته وتناول كميات أقل من الكحول أو الاقلاع عنه نهائياً وأخيراً أن يعرض عليه مناهضات لأفكاره اللاعقلانية بسيطة وعملية بطريقة غير مباشرة. ومرة أخرى على المعالج أن يتحلى بالصبر ولو كان يتكلم مع المريض بما هو في مصلحته وعليه أن يكون مقنعاً في العرض والشرح والتحليل بحيث يهيء الجو للمريض أن يتبنى في نهاية الأمر مسئولية مناهضة أفكاره المدمرة لذاته بنفسه

٦ ـ هناك بعض مرضى الكحولية أو المخدرات يتوقعون من العلاج الكشف عن متاعبهم بحيث يستطيعون فيها بعد الاستمرار في تناول الكحول تناولا عادياً سوياً، فإذا كان المعالج يتعامل مع مريض يعالج خارج المستشفى (مثلا في مركز رعاية الصحة

الأولية) ويشرح له أهداف العلاج واجراءاته فإن مثل هذا التوقع يجب اعادة تصحيحه.

٢ ـ استراتيجيات مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية:

في رأي ديجيوسيبي (Digiuseppe 1986) أن عملية تبديل معتقد المتعالج المدمن هي معقدة لأنها تتطلب تحقيق الأهداف الثلاثة، الهدف الأول هو خلق تكريه فكري كبير عند المتعالج وذلك من خلال حشد براهين تثبت هذا التكريه (براهين فلسفية ومنطقية وتجريبية عملية) لمعتقداته الخاطئة، والهدف الثاني هو أن يبرهن المعالج أن أفكار المتعالج الخاطئة لا تحل مشكلته، بل هي أفكار مضلة. والهدف الثالث اعادة تركيب البنية المعرفية عند المتعالج من خلال خلق معتقد صائب والبرهنة أن هذا المعتقد الجديد القويم هو الذي يقدم له النفع العلاجي وفيه من البراهين الايجابية ما تدحض المعتقد الخاطىء الذي كان يحمله.

وفي وسعنا الآن أن نطرح تسع استراتيجيات لتكون في عداد ترسانة المعالج حيث بواسطتها يمكنه تحقيق الأهداف الثلاثة الآنفة الذكر:

١ ـ يناهض المعالج الأفكار اللاعقلانية الخاطئة لاظهار ضلالها المنطقي.

٢ ـ يحاول المعالج الافتراض أن المعتقد الزائف هو حقيقة ومس ثم يفتش عن الاستدلالات والشواهد التي تؤكد صحة هذا المعتقد، وتختبره تجريبياً

٣ ـ يساعد المعالج المتعالج على أن يختبر قدرة المعتقد الخاطىء الزائف على تفسير حوادث الحياة الهامة، أي بتعبير آخر هل المعتقد الخاطىء يتضمن ارتباطاً دقيقاً بالحوادث؟

٤ ـ يساعد المعالج المتعالج على معرفة فيما إذا كان التمسك بالمعتقد الخاطىء يساعده أم يلحق به الضرر.

٥ ـ تكرر الخطوات من واحدة الى أربع مراراً تكراراً لمساعدة المتعالج على بلوغ الاعتقاد أن تفكيره الخاطىء هو فعلا خاطىء زائف ومدمر للذات.

٦ ـ يساعد المعالج المتعالج على بناء معتقد منطقي جديد كبديل عن المعتقد الخاطىء.

٧ ـ يفتش المعالج عن معتقدات جديدة صائبة بهدف دحض وهم المعتقد الخاطىء.

٨ ـ يسعى المعالج الى استخلاص الاستدلالات من المعتقدات المنطقية الصائبة ومن ثم يختبر هذه الاستدلالات لاظهار فيما إذا كان المعتقد الصائب يقود الى تكهنات أكثر دقة حيال الحوادث الخارجية من المعتقد الخاطى.

٩ ـ يقدم المعالج العون الى المتعالج كيما يتنبأ كيف أن التحول الى معتقد جديد صائب منطقي يؤثر على سلوكه، ومن ثم يعاين فيما إذا كات تبديل السلوك هو الأكثر نفعاً وفائدة من السلوك الناجم عن المعتقد الخاطىء.

من ناحية أخرى يطالعنا فريمان (Freeman 1987) بالتقنيات التالية التي يمكن اعتمادها والأخذ بها لمناهضة أفكار المدمن الخاطئة:

أ ـ المساءلة عن البيّنة والبرهان: يعاين المعالج البرهان المنطقي أو التجريبي فيما إذا كانت أحاديث المتعالج مع ذاته هي حقيقة أم خلاف ذلك.

ب ـ المعتقدات المدمرة للأنا: يساعد المعالج المريض على ادراك نتائج توقعاته المبالغ فيها والمضخمة

جـ ـ الموازنة بين المحاسن والمساوىء: يطلب المعالج من المتعالج اعداد لائحة بمحاسن ومساوىء معتقده النوعي الخاطىء الذي يتعامل معه ويؤمن به.

د ـ تحويل السي- الى ميزة: يحاول المعالج البحث عن الأمور الجيدة المستحسنة التي تخرج من الحادثة السيئة وتفرز منها.

هـ ـ إظهار التشويه وتسميته: يعلم المعالج المتعالج تسمية وتأطير نوعية العمليات الفكرية اللاعقلانية المشوهة ويساعده على ادراكها ووعيها.

و ـ المعنى الفطري: عند المرضى معان خاصة للكلمات وأن لفت نظر المعالج الى أن المعنى هو شيء عُرفي، الأمر الذي يساعد المتعالج على عدم القناعة والايمان بأفكاره الخاطئة.

ز ـ إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها: يجهد المعالج على مساعدة المريض المتعالج بتحسين فهمه ونظرته وتأويله للحوادث، وهذا ما يمكّن الأخير من التوقف عن أفكاره التي تذم ذاته وتقرعها.

ح ـ معاينة الخيارات والبدائل: في مقدور المرضى المدمنين الاقلاع عن التفكير الضيق والمتصلب إذا ما نجحوا في اقناع ذواتهم

بوجود طرق مختلفة من التفكير والسلوك ازاء المواقف التي تواجههم.

ط ـ النتائج الوهمية: غالباً ما يعتقد المدمنون على الكحول أو المخدرات أنهم سيتعرضون الى شيء مخيف إذا ما احجموا عن تعاطي الكحول أو المخدر، على المعالج أن يطلب اليهم تخيل ـ بدقة ـ ما قد يحدث لهم، الأمر الذي يساعدهم على ادراك خطأ هذا الوهم، وأيضاً يستطيع أن يوغل في جعل هذا التخيل الكارثي المخيف أمراً ليس فقط غير محتمل الوقوع بل أيضاً ازالة تحسسه منه تخيلياً.

ي ـ التناقض والمبالغة: هنا يطلب من المتعالج أن يتمادى في فكرته ويبالغ في تخيل وتصور نتائجها حتى نهايتها في التضخيم، وهنا يدرك المتعالج سخف فكرته عند مناقشة هذه المبالغة والتضخيم.

ك ـ التخيل البديل: يشجع المتعالج على ممارسة استخدام معتقدات منطقية جديدة في مواجهة محرضات موترة مزعجة.

ل ـ لعب الدور بالكلام: يلعب المرضى أدوار ذواتهم غير المنطقية ويناقشونها لصالح أفكارهم العجماء اللامنطقية مع المعالج ومثل هذا الدور غالباً ما يجعلهم استبصار عدم وجود دعم لهذا المنطق.

م ـ التكرارات المعرفية: يطلب من المرضى استخدام الأحاديث مع الذات والتعابير الايجابية المنطقية.

٣ ـ التفكير الكحولي والادماني:

الكحوليون والمدمنون على المخدرات يعانون من سوء تأويل وتفكير لا منطقي للحوادث الخارجية البيئية، ولعلاقاتهم الاجتماعية وحتى لتفاعلاتهم مع ذواتهم. فهذه التشويهات والاعتوارات والأخطاء الفكرية المعتقدية تتضمن استدلالات واستنتاجات خاطئة تعسفية تكون متضاربة مع الواقع والبرهان والبيّنة، وتتسم بطابع التعميم على الأشياء والحوادث، وبالمغالاة والتضخيم للمعنى أو لأهمية الأشياء النوعية الخاصة، اضافة الى تفكير ثنائي Dichotomous فيرى الكحولي المحيط والعالم من حوله من منظور إطار متطرف. وأكثر من ذلك، فالكحوليون يقوّمون تقويماً خاطئاً وغير منطقي للحوادث الخارجية، ويبالغون في استنتاجاتهم السلبية أو أنهم يعمدون الى تعميم المعنى الخاص بذواتهم كأشخاص.

إن العلاج الانفعالي ـ العقلاني يعلم الكحولي أو المدمن ويدربه (عندما يكون مضطرباً متوتراً) أن ينفذ الى عمق تفكيره اللامنطقي اللاعقلاني كيما يكتشف ما نسميه بالمطالبة المفرطة المبالغ فيها التي تلف مثل هذا التفكير وتكون ملازمة له. فالكحولي أو المدمن يفرض على ذاته تعابير فيها طابع الجبر والالزام مثلا: يجب should لابد must في تفسيراته لتفاعلاته مع العالم الذي يحيط به ومع ذاته أيضاً. وعلى غرار الأفراد الآخرين يفسر تفسيراً خاطئاً أداءه وانجازاته من حيث التثمين والقيمة لهذه الاداءات والانجازات. بل ويفكر تفكيراً سلبياً كارثياً مع وتيرة عالية من المبالغة حيال يأسه وقنوطه ومشاعره السلبية الحاضرة والمستقبلية أيضاً. وأن الذي يجعل

الكحـولي أو المدمن عـلى المخدر يفكـر بصورة مـا تفكيراً مختلفـاً عن الآخرين هو سيطرة المعتقدات الخـاطئة حيـال ولعه الادمـاني، وحيال أيضاً مشاعره الانزعاجية، والسيطرة الذاتيـة والقيمة حيـال ذاته. ثم أن التفكـير الكحـولي ينـظر اليـه من زاويـة عـدة مـواضيـع متفـاعلة متداخلة، فعدد كبير من الكحوليين يخبرون مشـاعر الضيق والكـرب بفعل معتقداتهم المُدنّية للذات، الهـازمة لهـا أمام اغـراءات الخمرة أو المادة المخدرة.

ثم بعـد مضي بعض الـوقت عـلى العـلاج نجـد أن المـرضى يعيشون خبرات لا تكيفية اضافة الى النظر نظرة خاطئة غير صحيحـة الى مشاعر الانزعاج التي تلم بهم وتنتابهم فيبذلون جهودهم لتغييـرها أو تبـديلهـا. وأخيـراً مـا أن يفلح هؤلاء المـرضى بـايقـاف المشـروب والشرب ويتغلبون عـلى تفكيرهم الخـاطىء حينئذ نـراهم وقد بـدأوا يركزون على مشاعرهم المشوهة لآليات تعـاملهم Coping مع الحيـاة اليومية، ويحسـون بمشاعـر الضعف والصغارة والـدونية لأن تعـاملهم ضعيف ناقص غير فعال. وبالطبع فإن هذه السلبية وتلك الصعوبات تصدر بالدرجة الأولى عن تفكيرهم اللاعقـلاني الخاطىء حيـال قيمة الانسان، وعن ما يفرضون على ذواتهم من مطالب بصيغ جبـرية بمـا يجب أن تكون عليه حيـاتهم كأفـراد وبشر، ومن خلال تـدني الشعور بقيمـة ذواتهم Self-worth، وسيـطرة قلق الـذات يتـرتب عـنهـا الانتكاس.

ولفهم أوضـح لما أتينـا على ذكـره سنتناول بالتفصيل في هذا الفصل التصانيف الرئيسية الثلاثة للتفكـير الكحولي مـع سرد أمثلة،

ومن ثم طرح بعض المناقشات والأحاديث مع الذات المناهضة للمعتقدات الخاطئة، وسنعرض أيضاً بعض سمات وخصائص التفكير الكحولي فيما بعد.

المعتقدات الخاطئة التي يؤمن بها ازاء الكحول:

ما أن يتنامى ويتزايد حجم شرب الكحول عند المدمن حتى يتزايد أيضاً المعتقد الخاطىء وضلال التفكير حيال الكحول. وهذه الضلالات الفكرية والمعتقدات المؤذية الخاطئة تأخذ شكل الأفكار الآنية الآلية وذلك رداً واستجابة على المحرضات، والمنبهات الانفعالية، أو المواقف الخارجية البيئية التي تثير النزوع نحو شرب الكحول وتخلق الآلية التي سبق وشرحناها في الشكل رقم (١) السابق، اضافة الى وجود بعض الافتراضات التحتية العاملة في اللاشعور حول محاسن الكحول التي يجنيها من وراء احتسائه وما يكلفه تبديل السلوك والعادات من جهود مضنية يتعين عليه أن يكابرها. وأن اللوحة رقم (٦) تعطينا أمثلة عن هذه المعتقدات المضللة الخاطئة ويقابلها الأفكار المناهضة لها.

سمات التفكير الكحولي اللوحة رقم (٥)

١ ـ الوصف النوعي لهذه السمات:

- آلية لاشعورية لا يعيها المريض المدمن.
- محتوى متصلب غير مرن.
- متعزز، مترسخ التعلم.
- ثنائي الطابع Dichotomous.

ـ له صفة التعميم واللامنطقية

ـ غير تجريبي وفيه طابع المطلق.

٢ ـ محتوى هذا التفكير والمواضيع التي تطوف فيه:

ـ الانكار: لا يكون الكحول أو المخدر مشكلة في نظر الكحولي أو المدمن.

ـ الكحول أو المادة المخدرة هما الأسلوب الأمثل والأفضل لحل المتاعب والمشكلات النفسية الانفعالية.

ـ تحمل ضعيف للاحباط، وحاجات محددة ذاتية لمستويات عالية من الاثارة والمسرة.

ـ قلق الانزعاج، يتعين تجنب جميع المشاعر السلبية بأي ثمن كان.

ـ تبديل السلوك الادماني هو صعب جداً لذلك يدرك المدمن أنه يائس بائس عديم القيمة الذاتية

ـ يشوب تفكير المدمن مشاعر ذم الذات، والاثم والخجل لأنه مدمن.

يبدو انكار وجود مشكلة عند المريض المدمن الجزء الرئيسي من هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة التي ذكرناها. ويتضمن هذا الانكار الاعتقاد بانتفاء وجود مشكلة عند المريض، وشكل ما من المعتقد الملتوي الذي يضعف الوعي عنده بأهمية المشكلات أو ذم الآخرين أو بوجود سوء حظ يجانبه مع ظروف سيئة تحيط به ثم إن الأفكار التي تنجذب نحو تعاطي الكحول أو المادة المخدرة عادة ما ترتبط بمسألة انخفاض تحمل المريض للاحباط.

وكثيراً ما نجد أن الكثيرين من الكحوليين يستمرون في تعاطي

الشـرب، رغم ادراكهم ومعرفتهم الحقـة أن الكحول يؤذي صحتهم البدنية والنفسية وينكب حياتهم الاجتماعية، ويعطل رزقهم. والذي عادة يمنعهم من الارتداع والاقلاع عن سلوكهم الادماني هو معاناتهم لمشكلة قلق الانـزعـاج ومنغصـات التـوقف عن تعـاطي المسكـر أو المخدر.

ونجـد عـدداً من الافتـراضـات التحتيـة أو الخـرافـات حـول الكحـول وهذه الخـرافـات هي معتقـدات حـول مـا يفعله الخمـر في شاربه. فكثيـر من الناس وبخـاصة أولئـك الذين تعـوزهـم المهارات التعـاملية الاجتمـاعية مـع الغيـر، أو يخجلون، يميلون الى الخمـرة أو المخـدر لأنهم يعتقدون أنها مـزيلة لخجلهم الاجتمـاعي أو تجعلهم في عـلاقاتهم الاجتمـاعيـة أكـثر نجـاحـاً وتكيفـاً. ولعـل مـرد هـذا الى اعتقادهـم الخاطىء طبعاً، انهم لا يستطيعون تحمل معـاناة الانـزعاج الـذي يتأتى في محـاولاتهم للتغلب على خجلهم أو قلق الـرفض بدون عــون المخـدر أو المسكــر ونـاحيــة أخــرى وهي تتعلق بــالتعلم الاجتمـاعي، ان الذين يتعـاطون الكحـول يعتقدون أن كـل فـرد في بعض الجماعات أو الرهوط الاجتماعية الاقتصادية يشرب بكثرة لـذا فـإذا كـان يـرغب أن يكـون من أعضـاء هـذا الـرهط فعليـه اذن أن يحاكيهم في شرب الكحول.

وأكـثر من ذلك هنـاك معتقد شـائع بـين المـدمنين إن المـدمن يصنف في عـداد الرجـولة المكتملة، وثمـة خرافـة معتقد آخـر بصدد الكحولية أن المدمن يزيد من قدرتـه وسيطرتـه الجنسية خـلال الجماع الجنسي. وخرافة أخرى أن الكحول هو حاجـة ضروريـة للاستـرخاء

وازالة التوتر النفسي.

اللوحة رقم (٦)
المعتقدات الخاطئة الشائعة حيال الكحول والمخدرات وتقابلها البدائل المنطقية الصائبة

المعتقد الخاطىء	المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول
١ ـ شرب الخمر أو تعاطي المخدر ليس مشكلة اطلاقاً بالنسبة الي حتى لو فقدت السيطرة على ذاتي مرة لفترة بسيطة، هناك أشخاص آخرون الذين لديهم مشكلة بالطريقة التي أشرب فيها.	١ ـ إن فقدان السيطرة هو أول علامة لبدء المشكلة، وإذا كان شربي يُعد مشكلة هامة بالنسبة للآخرين فعاجلا أو آجلا سأكون أنا ضحية المشكلة
٢ ـ أحتاج الى شرب الخمرة كيما أسترخي.	٢ ـ هناك وسائل أفضل وأكثر صحة للحصول على الاسترخاء.
٣ ـ أنا لا أتحمل ما لا أستطيع أن أحصل عليه، إذ أن هذا الأمر قاس شديد الثقل على نفسي.	٣ ـ قد لا ترغبه ولكن تحملت حرمانه في الماضي ويمكنك الآن أيضاً تحمل هذا الحرمان.
٤ ـ الوقت الوحيد الذي أشعر فيه مرتاحاً هو عندما أكون منتشياً بالخمرة.	٤ ـ قد يكون قاسياً ان أتعلم الارتياح والغبطة اجتماعياً بدون تعاطي المخدر أو الخمر، الاّ أن معظم الناس يكونون مرتاحين منطقيين بدون تعاطي المخدر أو الخمر

المعتقد الخاطىء	المعتقد العقلاني الصائب المناهض للأول
٥ ـ من الصعب جداً ايقاف الخمر والامتناع عن شربه، أتحمل فقدان الأصدقاء والملل والضجر، ولكن لا أشعر اطلاقاً بالارتياح بدون الخمرة أو المخدر.	٥ ـ بينما أخسر بعض الشيء ـ بفعل اقلاعي عن الخمر أو المخدر، ويأخذ ذلك من وقتي وجهدي ولكن إذا لم أقلع عنه فإن نتائجة وأخطاره ستكون أسوأ بكثير مما أفقده.
٦ ـ الناس الذين لا يشربون الخمر أو لا يستطيعون شربه يخربهم الاحباط ويقضي على سعادتهم.	٦ ـ أين البرهان على هذه المقولة؟ حاول أن تجالس وتستفسر من أولئك الذين لا يشربون فيها إذا كانوا فاقدي السعادة ويعانون الاحباط لأنهم لا يشربون.
٧ ـ حالما تتوقف عن شرب الخمر أو تشعر بالنشوة بفعل تأثير الخمر ستجد أن كل شيء انتهى، انك ستعود الى حيث بدأت، وأن جميع جهودك التي بذلتها ستقودك الى فشل تام. ومرة تكون فيها مخموراً عليك دائماً أن تكون كذلك.	٧ ـ إن الهفوة أو الزلة تكون خبرة تعلم جديد نحو الشفاء والمعافاة، والهفوة ليست فشلا، ولكن نكسة تشعرك بضرورة معرفة الاتجاه الصحيح السليم الواجب أن تسلكه وهذا هو خيارك.

ومما لا شك فيه أن مناهضة تلك الأفكار والخرافات حيال تأثيرات الخمرة ومنافعها الوهمية الزائفة هذه المناهضة غالباً ما تكون فعالة ومجدية كخطوات علاجية أولية في مساعدة المدمنين على تبديل سلوكهم الادماني وعاداتهم الضارة المؤذية لصحتهم في جميع أبعادها. ومن أخطاء معتقدات الكثير من الكحوليين أن المواقف التي تثير كربهم وتوتراتهم النفسية أفضل ما تعالج بشرب الكحول. وبالطبع

فـإن ما هـو غير المنـظور التحتي في هذه الـرغبة هـو المعتقد الخـاطىء القائل أنه يتعين عليهم تنـاول المشروب لازالـة التوتـر والكرب، وأن مقاومة هذا المعتقد ومحقه يستوجبان اعادة تـأطير Refraiming الحـاجة «كـرغبة» أو مسـألة تفضيـل، وبالـطبع ولا إنسـان يحتـاج الى شـرب الكحول بصرف النظر عن المقدار الذي يحتاجه

وغالباً ما نجد أن حـاجات الكحـولي مرتبـطة بقلق الانزعـاج الـذي يفرضـه ما يجب أن يحصـل عليـه والمـلاحظ أنـه في كثـير من الـظروف والمناسبـات يتحمل الكحـوليون الاحبـاط لعـدم تعـاطيهم المشروب عندما يرغبون في ذلك، وأن ما ذكرناه من مقولات مناهضة في اللوحة (رقم ٦) تبدو نـاجعة في معـاكسة النتـائج السلبيـة لتعاطي المشروب.

وفي مقدور المعالج أن يربط ذلك بفكرة المتعة الطويلة المدى أو القصيرة المثيرة للرغبة نحو الكحول Cues والمنشطة للمعتقد الخاطىء بالحاجة الى الشرب، وأن طالب المشروب لا يتحمل عدم اشباع هذه الحاجة، نقول يمكن أن يربطه بالمقابل بـالنتائـج الوخيمـة التي تترتب على استمراره في شرب الكحول، وهذه النتائـج الوخيمـة على المـدى الطويل لا تكون اطلاقاً في صالح المدمن.

وأن لجوء المعالج الى اتخاذ الحوادث الكارثية التي ألمت بالمـدمن نتيجـة تعاطيـه الكحول مثـل حوادث الـطرقات والـطرد من العمل، والخصـام الزوجي هـذه الحوادث تكـون بمثابـة مرآة تعكس للمـدمن وتثبت في وعيـه نتائـج شرب الخمـر التي غالبـاً ما يسعى الى انكـارها وتجـاهلها وعـدم ربطهـا بشرب الخمـر وهنا يمكن للمعـالج تبصـير

المدمن بافكاره الخاطئة حيال حاجته للخمر وقدرته على عدم تحمل الامتناع والكف عن تناوله، في مقدور المعالج أيضاً معاكسة الخرافات الثقافية الشائعة السائدة عن مشكلات الكحول بصورة مباشرة ومقرونة بالشواهد الحسية، وبخاصة في باكورة العلاج، وهذه المعتقدات الخرافية غالباً ما تزود بأرضية العمل لعملية الانكار والنكران.

في بعض الأحيان يواجه المعالج مدمنين يعتقدون أن العلاج العقلاني والتبرير هما نفس الشيء. فينكرون وجود مشكلة ادمان عندهم لأن «الرجال الحقيقيين» يفترض أن يشدوا بالوثاق والرباط. فجميع رجال الأعمال الذين يشغلون مناصب ذات مسئوليات (رؤساء التنفيذ) يشربون الخمرة مع الطعام، أو يتناولون الجعة للاسترخاء بعد يوم مضن موتر وليعلم المعالج أنه وراء هذه المقولات التي ينطق بها المدمن توجد أحاديث خاصة لا واعية مع الذات التي تنشط عندما لا يتوفر الكحول عند المدمن ولا يكون في متناول يديه. ومثالنا على الحديث مع الذات المنشط لشرب الكحول هو: أنه لأمر مخيف وشيء لا يحتمل بالنسبة لي أن لا أجد مشروباً أو التوقف عن تناوله. ويحس بالمعالج أن يطلب من المرضى الكحوليين اعطاء البرهان على صحة هذه المقولة أو المعتقد، وفي مقدور المعالج أن يظهر للمدمن أن تبديل سلوك الشرب سيعود عليه بفوائد جمة غير منظورة. ولعل أهم منطق خاطىء يتعين مناهضته ومكافحته قد يحمله الكحولي ويؤمن به هو أن تبديل سلوكه الادماني هو أمر مستحيل. وليعلم الكحولي والمعالج معاً أن المفاهيم المنطقية الرامية

الى تعزيز السيطرة على الذات، والتوقعات الايجابية نحو تبديل السلوك الادماني هما عناصر أساسية وجوهرية في العلاج الفعال.

وغالباً ما يجد المعالج من خلال نقاشه العلاجي مع المريض المدمن أنه يعرف وجود عدد من الشاربين للخمرة تمكنوا من الكف عن شربه والسيطرة على ذواتهم، وهذا أمر يجب أن يستغله المعالج لمقارنة سلوكه مع هؤلاء بغية حفزه دوماً على الابقاء على امتناعه عن الخمرة أو السيطرة المستمرة على نزوعه نحو الخمرة. مثال «أنظر الى خالد الذي ذكرته لي الذي استمر يشرب لمدة عشرين سنة ومع ذلك أقلع عن تعاطي الخمر وتخلص منه، وبدل سلوكه تبديلا جذرياً، فلماذا أنت لا تكون مثله، وما الذي يمنعك من السيطرة على شرب الكحول؟

وفي بعض الأحيان يستحسن أن يلجأ المعالج الى عدم التركيز على صعوبات الكف عن الشرب التي يواجهها المدمن بينما يلح كثيراً أن يثبت في ذهنه مضار الخمرة ونتائجها السيئة على صحته البدنية والعقلية وحياته الاجتماعية وعمله وعلاقاته الأسرية والزوجية وغير ذلك من السلبيات التي تترتب عن الاستمرار في تعاطي الخمر وغالباً ما يحتاج المدمن المتعالج الى تذكيره بالنتائج السلبية لشرب الخمر بطريقة مقبولة لا تتضمن طابع التحقير أو الاذلال، بحيث يرى أن الأمر هو ضمن خياراته فأما أن يستمر في الشرب لتدمير حياته بكل أبعادها، أو استرداد حياته محترماً معافى، فعالا في المجتمع. وهنا يتعين على المعالج أن يبذل قصارى جهده ويضع كل ثقله العلمي لجعل المدمن المريض يختار طريق الكف والاقلاع عن

المخدر أو المسكر. وليعلم المعالج أنه في تعامله مع الكحوليين النشطين في الشرب، قد يختار طرقاً أخرى مثل ادخاله المستشفى الخاص لفطمه عن الشرب أو المخدر لفترة معينة يضاف الى ذلك اعداد برنامج لاعادة تأهيله، أو زيادة الجلسات العلاجية أو الأخذ بجميع هذه السبل. وهنا يستطيع المعالج أن يؤكد للمدمن المريض أنه إذا اختار طريق معاناة النتائج التي تترتب عن تبديل السلوك وليس الامعان والمضي في الشرب وما يؤول اليه الأمر من نتائج كارثية ما حقة تلحق بالمدمن، فإنه بلاشك سيلقى من المعالج كل دعم واهتمام.

وما من شك ومن خلال الخبرات السريرية الطويلة لن يجد المعالج من المدمنين المتعالجين ما يفيده بالقول أن ايقاف شرب الخمر هو عملية سهلة يسيرة. ومع ذلك فإن معظم المدمنين الجادين في العلاج يفلحون في التغلب على نزوعهم وسلوكهم الادماني. وأن ما كانوا يتصورونه سابقاً أمراً مستحيلا أو صعباً جداً، يجدونه خلاف ما كانوا يتوقعون. واستناداً الى القرار البدئي الذي سيتخذه المتعالج المدمن حيال الكيفية التي يرغبها في تبديل سلوكه الادماني، يكون من المناسب النصح العملي الواقعي حيال الطريقة التي يمكن أن يتبعها المتعالج لتجنب الكحول. ويتحقق هذا المطلب بالسير المتزامن مع مناهضة الأفكار اللاعقلانية المضعفة للكف وفق الأسلوب العلاجي الذي يتكلم عنه هذا الكتاب، أي العلاج الانفعالي ـ العقلاني، وبالاستنارة بالطريقة التي ذكرناها في اللوحة رقم (٦) من مناهضة تلك الأفكار.

وليعلم المعالج أن الخطوة الأولى لتعلم مثل هذه الاستراتيجيات العملية هي محاكاة أولئك الذين أفلحوا في الاقلاع عن المخدر، إذ من خلال الانصات الى هؤلاء والسماع منهم الطرق التي اتبعوها في الجهاد ضد نزوعهم الادماني، وجعل المريض المدمن يحتك بهم ويعاشرهم بهدف العلاج من شأن ذلك انجاح الاستراتيجيات العلاجية واكسابها الزخم العلاجي الملائم. هناك استراتيجية أخرى تقضي بالاستعانة بقوة التخيل، ففي مقدور المعالج حث المدمن المتعالج وتشجيعه على تخيل النتائج الكارثية التي تترتب على ادمانه، مثلا تخيل ما حدث له في آخر شرب والنتائج التي تترتب على ذلك وما يمكن أن يحدث له مستقبلا ان تكرر شربه.

وأكثر من ذلك فإنه من المفيد جداً أن يشجع المتعالج على قراءات علمية يحددها له المعالج تتناول أضرار الخمر صحياً وعقلياً، ومن ثم يطلب منه أن يتخيل بعد جلسة استرخائية، ما قرأه من أضرار مع التشديد على الايحاء الذاتي (التنويم الذاتي) المعزز لهذه المخاوف، كما ويطلب منه أن يعد لوائح يكتب عليها وبجمل كبيرة مقتضبة أضرار الخمرة، وتعليقها على الجدران في الأمكنة البارزة في عمله أو داره (الاشراط المنفر السلبي تجاه الخمرة) ويطبق هذا البرنامج لمدة ١٥ يوماً اضافة الى الاستراتيجيات الأخرى الواردة في هذا الكتاب، فمثل هذه الأساليب العلاجية المتعددة الجوانب، إذا ما تم تطبيقها بعناية وبفعالية مع توقعات ايجابية من جانب المتعالج، فإنها تعزز بعضها بعضاً وتعطي نتائج جيدة (محمد حجار ١٩٨٨م)، وتخلق ردعاً قوياً منفراً ضد الكحول. ويكون من النافع أيضاً

تسجيل أضرار الخمرة على شريط صوتي وأن يسمعه المتعالج كل يوم ثلاث مرات، وبخاصة إذا استخدم هذا الشريط خلال جلسة استرخائية وتنويم ذاتي Self-Hypnosis (محمد حجار ١٩٨٨) لمدة ١٥ يوماً وليدرك المعالج أن معظم الناس الذين يتسمون باضطرابات نزوعية غالباً ما يفشلون في تخيل وتصور النتائج السلبية لسلوكياتهم ويحتاجون عادة الى كثير من التمرين لتنمية هذه المهارة التخيلية

ومن التقنيات التخيلية العلاجية أيضاً هى أن يُطلب من المتعالج تخيل مواقف سبق وأثارت عنده النزوع نحو الشرب، ومن ثم يعاين ويرصد بخياله ما يدور في خلده وتفكيره من أفكار خاطئة نزاعة نحو الشرب مثل «يتعين عليَّ أن أشرب» ومن ثم نطلب منه أن يناهض هذا المعتقد بقوة وبفعالية بحيث يبدل هذا المعتقد الخاطىء بما يجعله يرفض الشرب. ومن الأهمية بمكان أن يتجنب المتعالج المدمن الأفراد المدمنين والأمكنة والأشياء التي كانت مقترنة بالمشروب، وهذه النصيحة العلاجية قد تكون صعبة التطبيق والأخذ بها من قبل المدمن المتعالج نظراً لأن هذه النصيحة تفرض عليه تحويل علاقاته الصداقية نحو أشخاص جدد، وخلق صداقات جديدة. ومن المناسب أن يخصص المعالج بعض الجلسات لارشاد المدمن على كيفية اختيار الصداقات الجديدة. وقد يتطلب هذا الأمر أن يسبر عند المتعالج معتقداته الخاطئة وانفعالاته المضطربة حيال البدء بالنشاطات الاجتماعية، ومن ثم مساعدته على دحض هذه المعتقدات غير الصحيحة وتصويب وترشيد هذه النشاطات.

أما المرضى الذين يشكون في مخاوف اجتماعية، ويبقون

بعيدين عن خلق صداقات جديدة، ويظلون على صداقاتهم القديمة، فإن العدوى الاجتماعية تتغلب على جهودهم الرامية الى الكف عن شرب الخمر أو تناول المخدر، وهذه حقيقة يجب أن يضعها المعالج نصب عينيه، وينبه المتعالج الى هذه الناحية الهامة، أي بتعبير آخر يتعين على المعالج أن يشجع المتعالج المدمن على ازالة هذه السلبيات الاجتماعية المنشطة والمخلدة لتعاطي المشروب أو المخدر

وثمة أمر هام هو أن يتعلم المريض المدمن أن يمتلك كل القوة الذاتية بالامتناع عن تعاطي المشروب في الحفلات التي يقدم فيها المشروب وفي المواقف الأخرى الجديدة بحيث ينسق مع ذاته باللجوء دوماً الى مناهضة أي نزوع أو أفكار تهدم مقاومته نحو الخمرة أو المخدر ومن المناسب أن يتدرب المتعالج تخيلياً على هذه المواقف التي تثير فيه النزوع نحو الشرب مسبقاً ومقاومة أفكاره النزاعة نحو تعاطي الخمر وذلك كاجراء تطعيمي وقائي ضد الخمر أو المخدر وإننا إذ نذكر للمعالج الطرق العديدة التي يمكن أن يطبقها في هذا الميدان العلاجي، فعليه ألا يلجم ابداعاته الذاتية في ايجاد سبل أخرى مماثلة وتنساق وفق الأسس العلاجية التي ذكرناها والتي تؤدي الى تكريه المدمن على الخمر أو المادة المخدرة، وتبديل سلوكه الادماني حين تعرضه لمحرضات مثيرة لنزوع الشرب أو تعاطي المخدر. ولعل من أهم مميزات المعالجة الثقافية المنفرة للخمر أو المخدر التي يقدمها المعالج للمريض المتعالج، وتثقيفه بالطرق والأساليب العلاجية السلوكية المقرونة بالتدريبات اليومية أنها تخلق عند المتعالج المهارات الذاتية لعلاج نفسه بنفسه، وخلق القدرات الذاتية وتفجيرها كيما

يساعد نفسه وبقواه الذاتية على انتشال ذاته من مستنقع الادمان وأضراره. ويعزز مثل هذا التعليم الذاتي خبرات النجاح التي يلمسها المتعالج وتكون من نتاج جهوده الشخصية المقرونة بارشادات المعالج، وهذا هو سر عظمة العلاج المعرفي السلوكي ولغز نجاحاته. فالمتعالج يظل خلال مدة العلاج يعيش خبرات التبديل من خلال الجهود الذاتية التي يبذلها والتي تنعكس عليه بمزيد من الثقة بالذات وتقوية الأنا وتطوير الفعالية الذاتية (محمد حجار ١٩٨٨م).

وعلينا كمعالجين أن نشجع المرضى المتعالجين وبخاصة أولئك الذين يواجهون يومياً الصعوبات الحياتية أن يتعايشوا تماماً مع قرارهم بالامتناع عن تعاطي المشروب أو المخدر وأن يستعينوا دوماً بأولئك الذين يدعمون هذا الامتناع.

٤ ـ طرق الوقاية من النكس:

في بعض مراحل العلاج من المناسب بل والحكمة تقتضي ذلك أن يتطرق المعالج الى قضية الانتكاس مع المريض. وعندما يحاول المتعالج تبديل سلوكه الادماني ويفشل في ذلك فإن مزيداً من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية حيال الانتكاس الذي يعانيه المريض تزيد من تعقيد حالته وتنشط. فمثلا يعتقد المريض خاطئاً أن هذا الفشل لا يمكن تصليحه وأنه واقع لا محالة في نزوع نحو الشرب لا يمكن كفه أو لجمه. بل وقد ينشط الحديث السلبي الذاتي الذي يقول لذاته فيه «تبديل السلوك هو أمر صعب جداً، وأن الانزعاج الذي يواكب المحاولة بايقاف الشرب، ومن ثم الفشل في تحقيق هذا المطلب

والعودة ثانية الى محاولة أخرى أمر يشق عليّ تحمله والسير فيه، وقد أسمى مارلات (١٩٨٣) هذه الظاهرة الناكسة بتأثير خرق قرار الامتناع عن الشرب.

وحيث أن المدمنين عادة ما ينتابهم التفكير الثنائي المتناقض، فغالباً ما ينظرون الى ذواتهم إما أنهم مدمنون أو غير مدمنين ممتنعون، فهم في أحد هذين التصنيفين يقعون ولا يوجد حد ثالث بين هذين الحدين. فإذا كان لا يشرب فهو ممتنع، وأما إذا كان يشرب فهو شارب غير ممتنع، ولذلك فلا جدوى من حتى المحاولة بايقاف الشرب. إن مثل هذا التفكير المنقسم الثنائي الحدين يجعل من الانتكاس كبير الاحتمال. والكف عن رشفة خمر أو أكثر يتسم بصعوبة أكبر، لهذا تبدو الحكمة النظر الى كل اغراء نحو الشرب هو محض محاولة وتجربة إذ قد تخسر مرة المعركة مع ذاتك وقد تربحها في المرة الأخرى. وإذا قيض أن خسرت مرة وطاوعت ذاتك ونزوتك بأخذ كأس خمر فيجب الا ينظر الشارب الى ذاته أنه مقهور باستعداد تركيبي الى أنه سيفشل أيضاً في المرة الثانية، بكبت نزوعه نحو الخمر ولجمه. بل بالعكس على المعالج أن يظهر للمتعالج المريض المدمن أنه يستطيع أن يتعلم في كل رشفة تنزع نفسه الى أخذها الأسباب التي أدت الى الاستجابة لنزوع الشرب ومن ثم محقها وازالتها أي التعامل مع النزوع من جديد وبأسلوب جديد لقهره.

وبالطبع عندما ينتكس المريض فيشرب ناقضاً قراره بالامتناع والكف عن الشرب، حينئذ يتعين مناهضة الأفكار التي واكبت التأثير الذي خرق الامتناع ولا داعي اطلاقاً للتشاؤم واليأس من جانب

المعالج والمريض معاً حيال هذا النكس، فقصص كثير من المدمنين أبانت لنا أن الكثير من الانتكاسات والتعثرات رافقت مسيرة علاجهم في الاقلاع عن الخمر أو المخدر حتى الوصول الى ثبات في الكف والتخلص من الادمان. ويحسن أن يظهر المعالج للمريض هذا السير عند كثير من مرضى الادمان خلال علاجهم، لذا فإن الهفوات والزلات بمطاوعة النزوع نحو الشرب لأمر ما يجب الا يفرض تبديل هدف العلاج ألا وهو الوصول الى التخلص من الشرب أو المخدر. ولا أن تعطي هذه الهفوات العابرة البرهان للمتعالج أنه غير قادر على الوصول الى ذلك الهدف في المحاولات المستقبلية الأخرى، شريطة أن يعقد العزم على أن يبذل جهداً أكبر ويستبصر استبصاراً أكثر بأسباب هذا النكس وبالتالي ازالتها بالصورة التي شرحناها في هذا الفصل. إن هذا كله يعني أن المريض لم يصل بعد الى الهدف المنشود ويتعين عليه أن يعمل بجهد أكبر ويناضل بعزيمة أكثر قوة ليتخطى الصعوبات النفسية والمعرفية التي تعيق وصوله الى ذاك الهدف.

إن بعض المرضى يعتريهم الاحباط من جراء انتكاساتهم فيلتمسون علاجات أسهل وذات تأثيرات سحرية ليتخلصوا من آفة الادمان. وحيث أنه لا توجد طرق سحرية سهلة لتبديل السلوك الادماني المتأصل الجذور، العميق التربة فإنه يتعذر على هؤلاء العثور على العلاج البديل الذي يتصورونه ويصبون اليه

ومرة ثانية ننبه الى أهمية تثقيف المدمن المتعالج حول واقعية التخلص. من أية عادة والعثرات التي تصاحب هذا التخلص، ومن المناسب أن يشرح المعالج للمتعالج ما أتينا على ذكره مما أسميناه

«التأثير الخارق للكف أو الامتناع عن الشرب» وذلك قبل أن يداهمه النكس وذلك للحفاظ على زخم اندفاعه فلا يعتريه اليأس بفعل ما يعتقده اما الامتناع التام أو الشرب وعدم القدرة على الامتناع (التفكير المنقسم الثنائي عند المدمن)، وليشرح له أنه قد يفكر بالشرب إذا وجد نفسه في موقف يغريه بالشرب فلا يقاوم، وأن اللوحة رقم (٧) تعطينا مثالا وأنموذجاً لأنماط التفكير القاهر للذات الذي يقود الى هفوة الشرب ثانية.

اللوحة رقم (٧)
التفكير القاهر للذات الذي يؤدى الى النكس
والتفكير المعاكس المناهض للأول

التفكير القاهر للذات	التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس
١ ـ الامتناع عن الشرب هو قسوة ما بعدها قسوة، أنا عاجز على تحمل ما امتنع عنه.	١ ـ رغم أن عدم الشرب هو صعب علي بالتأكيد الاّ أنني صمدت في وجهه فامتنعت ساعات بل وأياماً وأسابيع وبامكاني أن أستمر في التصدي له والصمود في وجهه، عليَّ الاّ أسوغ لنفسي بحاجتي الى ما ارغب تحقيقه، وفي الوقت الذي ارغب أن أشرب، الاّ أنني لا أرغب بالعقابيل المؤذية التي تترتب عن تلبية هذه الرغبة.

التفكير القاهر للذات	التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس
٢ ـ احتاج الى مزيد من الاثارة في حياتي، أشعر بالكرب الشديد لأنني لم أشاهد رفاقي في الشرب وهذا أمر يزعجني. سأذهب لأتمتع برفقتهم في منهل الشرب ولكن سوف لن أشرب.	٢ ـ لم يصدف أن مات انسان نتيجة الملل والسأم وفي الوقت الذي أرغب بمزيد من الاثارة في حياتي الاّ ان ثمن استمرار الصحبة مع رفاق الشرب والخمرة هو العودة الى الشرب ثانية، فإذا كنت حقاً بحاجة الى اضعاف الملل والسأم عليَّ أن أجد منافذ جديدة المبددة للسأم وما أكثرها في الحياة.
٣ ـ أنا مسكين فقير حقاً يجب أن أكون صغيراً لا وزن لي ولا قيمة بفعل امتناعي عن شرب الخمر. في الوقت الذي يتمتع الكثير فيه، لا شيء يجري في الطريق الصحيح بالنسبة اليَّ، فما نفع ذلك إذن؟ كيف في مقدور الشرب أن يجعل من حياتي سوءاً؟	٣ ـ أين البرهان الذي يدل على أن امتناعي عن الشرب يجعلني صغيراً لا وزن لي ولا قيمة، وأن الذين يشربون هم أصحاب القيمة أو الجاه؟ انا لا أستطيع أن أركض فأقطع ميلا واحداً بأربع دقائق، وإذا كنت عاجزاً عن ذلك فهل هذا يعني أني ضعيف فاقد اعتبار الذات؟ وفي الوقت الذي لا تبدو لي الأشياء كبيرة بالصورة التي أتصورها فلا نفع من ذم ذاتي، والاشفاق عليها، بل بالعكس إن مثل هذا الحديث مع الذات السلبي يجلب عليَّ الكدر والسوء ويسيء الى حالتي. لأ تذكر آخر مرة شربت فيها، هل أسبغ هذا

التفكير القاهر للذات	التفكير البديل العقلاني المنطقي المعاكس
	الشرب على حياتي شعوراً أفضل أو أنه دفعني ذاك الشرب الى مزيد من الشرب والامعان في تعاطيه الأمر الذي وضعني في موقف سيء.
٤ ـ يتعين الا يعاملوني بهذه الطريقة، سأريهم من هو المدير او الرئيس، سأضع حداً لهم، ما عليَّ الّا أن أغرق نفسي بشرب الخمر حيث سيجدون أنه لا مفر من الاعتذار والتأسف على صنيعهم ضدي.	٤ ـ الواقع أنني أكره الأسلوب الذي يعاملونني به، عليَّ أن أمسك نفس وأتعلم ذلك، ولكن معاقبتهم بالطريقة التي أفكر بها هي ليست المناسبة الملائمة، ثم من الذي يُعاقب إذا ما لجأت الى شرب الخمرة؟ أنا الذي أعاقب نفسي.
٥ ـ أشعر بالانزعاج الشديد والضيق، إذا لم أشرب، سأخرج عن طوري، أنا متأكد أنه من الأفضل أن أكون مخموراً على الخروج عن طوري.	٥ ـ شرب الخمرة لا يمنعني من الخَروج عن طوري والتصرف الأرعن الأحمق والشرب يرميني في آخر الطريق لأكون في موضع عبث الناس، والاحتقار، فالانزعاج والكرب يمكن ازالتها بدون اللجوء الى الشرب، فالبشر لا يخرجون عن طورهم بمجرد أنهم لم يحصلوا على ما يرغبون.

لا توجد حتمية في أن الهفوة أو النكسة العابرة يترتب عنها حدوث كارثة وأفادنا غرينوود (١٩٨٥) بأن الانتكاس حالما يحدث، فإن أفضل ارشاد يتلقاه الناكس الذي ارتد الى الخمرة هو أن يقبل

هذا الواقع وأن يناضل من أجل أن يستقيم ثانية، ويعود الى ضبط سلوكه الادماني من أن يذم الناكس المريض نفسه ويلوم ذاته، ويباشر على التو بالبحث معرفياً عن التفكير المسبب للنكس كيما يتصدى له، ويناهضه وبالتالي يمحقه ويزيله، وليس العودة الى الوراء الى الماضي.

يرى كل من مارلات وغوردون (١٩٨٥) أن الانتكاس هو نتيجة العوامل المعرفية والموقفية Situational and cognitive، وأن اللوحة رقم (٨) تمثل لائحة للاستراتيجيات المانعة للانتكاس. يتضمن منع الانتكاس مساعدة الكحولي المتعالج تعلم التعرف على المواقف التي تعد مخاطر تهدد بالانتكاس، ومن ثم التعامل معها، اضافة الى تعلم التوقعات الأكثر واقعية، أو تثمين النتائج الناجمة عن العودة ثانية الى شرب الكحول كأسلوب يتعود عليه المريض كيما يتعامل تعاملا متصدياً ناجحاً مع مثل هذه المواقف.

وليعلم المعالج أن منع الانتكاس يتضمن تطبيق استراتيجيات نوعية وشاملة كلية، ومن بين الاستراتيجيات العلاجية النوعية التي أوصى بها كل من مارلات وغوردون هي:

١ ـ التدريب على ضبط الذات ومراقبتها كيما يتعرف المريض على المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس، وبالتالي ايقاظ النزوع نحو الشرب.
٢ ـ التدريب على تقنيات الاسترخاء.
٣ ـ اغناء التخيل الفعال.
٤ ـ التدريب السلوكي وتوليد الأفكار الايجابية اللذان يمكنانه من التعامل بنجاح مع المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس.

٥ ـ النقاش التعليمي التثقيفي عن التأثيرات الطويلة المدة التي قد تجذب المريض نحو تعاطي الخمر

٦ ـ التعاقد السلوكي مع المريض كيما يخفض من سلوكه الذي يعرضه لمخاطر الانتكاس.

٧ ـ تكرار وحفظ على ما يجب أن يفعله حينما ينكس على عقبيه فيشرب.

٨ ـ اعادة بناء بنيته المعرفية Cognitive Restructuring لوقايته من تأثير خرق قرار الامتناع عن شرب الخمر الذي يمنع المريض من المحاولة ثانية لتبديل سلوكه الادماني ويدفعه الى الامعان بشرب الخمر بدون ضبط ولا قيد.

ويرى أيضاً كل من مارلات وغوردون (١٩٨٥) إن تلك الممارسة ضمن اطار استراتيجيات ضبط الذات الأكثر شمولية هي أيضاً تعد من الطرق المانعة للانتكاس. وأن هذه التقنيات أو تلك الاستراتيجيات هي مفيدة في اعداد المريض المدمن لمواجهة المواقف التي تعرضه لمخاطر الانتكاس (العلاج الواقي التمنيعي) وبالتالي رفع مستوى تحمله للاحباط.

وبما أن الانتكاس ذاته غالباً يتضمن عنصر الخلاعة نحو المسرة الذاتية، لذا فإن مارلات وغوردون يؤمنان بأهمية أنموذج الحياة المتوازن القائم بين الملزمات التي يفرضها المريض على ذاته shoulds، والمسرة الذاتية «أي الرغبات Wants» لأن مثل هذا الانموذج المتوازن بين الرغبات واللزوميات يقدم الوقاية الأولية من الانتكاس. وعلى

هذا يطلب من المرضى المدمنين المتعالجين رصداً كتابياً لنشاطاتهم اليومية وتقويمها وفق مكوناتها من حيث الرغبات واللزوميات. والهدف من ذلك هو زيادة النشاطات المسلية للذات والسارة لها وليس تضمينها بما يهزم الذات ويقهرها Self-defeating. واضافة الى ذلك يشجع المريض على ايجاد سبل متعية بديلة عن الخمر، وعادات حسنة ايجابية وتتضمن استراتيجيات ضبط الذات أيضاً التعلم على وصف بدقة الولع أو الدوافع «كإشارات إنذار» بحيث حالما يشعر به المدمن المتعالج عليه أن يتصدى له بالكلام الذاتي العقلاني المناهض وبتشتيت الانتباه أو بالتجنب، وبالنشاط المعاكس. وأخيراً باتخاذ القرار الواعي المستوحى والموجه من مصالح المريض على المدى البعيد. ومن خلال مساعدة المريض على اجراء توازن في أنموذج حياته الجديدة والتعامل مع نزوعاته التي تدفعه الى شرب الخمر حالما تظهر في ساحة تفكيره بهدف تعزيز الصمود واغناء الذات وتقويمها وليس بالايحاءات والأحاديث القاهرة للذات، فإن الظروف والشروط التي تقود الى الانتكاس يمكن تجنبها

اللوحة رقم (٨)
تقنيات منع الانتكاس والوقاية منه

- التعرف على المواقف الخطرة التي تثير النزوع نحو الشرب.
- تنمية استراتيجيات التعامل الناجح مع تلك المواقف مثل الاسترخاء، والالحاح على الذات بالامتناع عن تناول الشرب في هذه المواقف.

- اعادة بناء التفكير المعرفي وصياغته من جديد في حالة حدوث التأثير الخارق لقرار الامتناع عن الشرب بحيث تكون هذه الصياغة الجديدة تقوم على الاعتقاد أن الهفوة أو الزلة باحتساء الخمر ثانية ليست انتكاسه بل زلة أو هفوة عابرة سرعان ما يمكن تجنبها ثانية بدراسة الموقف الذي أحدث هذه الزلة، واعادة بناء التفكير الذي يناهض المعتقد الخاطى- المسئول عن هذه الزلة

- العمل على خلق أسلوب جديد مس الحياة قائم على التوازن بين اللزوميات shoulds والرغبات Wants بحيث تكون الأخيرة هى الأكثر هيمنة في هذا النمط الجديد بينما الأولى تكون في حدها الدنيا.

- اعادة التفكير بالقرارات المتخذة والأهداف أي النتائج القصيرة المدى مقابل النتائج البعيدة المدى في مسألة الامتناع عس الخمر أو المخدر.

- خلق عادات جديدة ايجابية أو بدائل بحيث تنحو الميول نحو ارضاء الذات بالمسرات وليس بالأحاديث مع الذات وبالطرق التي تقهر الذات، أي خلق الفعالية الذاتية وانتهاج الطرق التي تقوي الذات وتصلب من فعاليتها.

- التعامل مع الانتكاس بالأساليب السلوكية القائمة على لعب الدور والتكرار Rehearsal التي تدعم الايجابية والمناهضة لعوامل الانتكاس الخارجية والمعرفية (التدريب السلوكي اليومي).

- العمل على التعامل مع الانتكاس بأسلوب مخطط.

٥ ـ مناهضة المعتقدات الخاطئة الخاصة بالانفعالات المضطربة :

تدل الخبرات السريرية (Ellis 1988) أن مرضى الادمان على المخدرات والكحول تعتريهم العديد من المعتقدات الخاطئة أو ما يمكن تسميته بالأفكار المضطربة حيال خبراتهم وتجاربهم الانفعالية. وهذه الاضطرابات بجزء منها تندرج ضمن تصنيف قلق الانزعاج الذي سبق وشرحناه في الفصول السابقة والذي يصدر عن المعتقد بكون الاحباط هو أمر مخيف كريه ولا يمكن تحمله، لذا يجزم المريض ويعقد العزم على الاّ يصيبه ثانية، ولا يدعه ينفذ الى نفسه. ومن المعلوم أيضاً أن كثيراً من الكحوليين والمدمنين على المخدرات يعانون ويخبرون مثل هذا النوع من القلق حيال كثير من الانفعالات المضطربة، إذ يظهرون الخوف من الانزعاج الانفعالي ويسعون الى تحاشيه وتجنبه والمصحوب بانفعالات سلبية مثل الغضب والشعور بالذنب والاكتئاب. وعادة لا تتعدى وسائل دفاعهم تعلم تكرار محدود لبعض الاستراتيجيات التعاملية غير الفعالة ضد هذه المشاعر السلبية القوية. كما وأنهم يتعاملون مع كثير من المشكلات الانفعالية باللجوء الى الخمر والكحول، وبفعل هذه السبل التي يتخذونها كوسائل لازالة مشاعرهم السلبية يمكننا الافتراض أن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يشكلون قلق الانزعاج ويكون هذا القلق يشغل بالهم ويهدد أمنهم النفسي عندما يتوقفون لسبب ما عن تعاطي المشروب أو المخدر، أو عندما يواجهون العاطفة السلبية. ولامراء أن الهدف الرئيسي للعلاج يتركز في تقديم العون لهم بغية تبديل آلية التعامل الأساسية التي يتمسكون بها عندما يواجهون

المتاعب الانفعاليـة وهي اللجوء الى شـرب الخمر أو تعـاطي المخدر، لذا فإن العلاج يكون في تـدريب المدمن عـلى الأخذ بـاستراتيجيـات تعاملية بديلة مع المصاعب الانفعالية. وحالما يدرك المتعـالج المـريض وجـود طرق تعـاملية مـع المتاعب غـير اللجوء الى الشـرب أو المخدر حينئذ يمكن للمعالج أن يثير مع المتعالج مسألـة القلق والخوف اللذين يعدان بخبرة انفعالية حتمية أمام المشكلات القوية.

وعـادة يوصف الكحـوليون بـالأفـراد الـذين يتسمـون بسلوك اندفاعي في ردود أفعالهم الانفعالية ورغم أن هذا الوصف لا يأخـذ صفة التعميم على كل الكحوليين، الاّ أن الكثير منهم هم عـلى درجة كبيرة من الرد الانفعالي العنيف وتعلموا مع مرور الوقت أن يخافوا من انفعالاتهم.

في بعض الأحيــان يشق عـلى الكحــوليـين وصف حــالاتهم الانفعالية القـوية. وكيـما تتم مناهضـة الانفعالات السلبيـة مناهضـة فعالة والتي تولدها الافكار اللاعقلانية الخاطئة، لابد من تحديد هـذه الانفعالات وأن تكون واضحة في وعي المريض المتعالج. ومن المفيـد في بعض الأحيـان مساعـدة المريض عـلى تطويـر لغته ليحسن التعبـير الدقيق عن انفعالاته وعواطفه (زيادة مفـردات اللغة) هـذا الى جانب التشجيـع الكثير والـدعم النفسي مما يعـطي للمتعالـج وبصـورة غـير مباشرة الأسلوب في مناهضة انزعاجه حيال علاجه صراحة، ويعلمـه أن الحيـاة ليست مفروشـة بـالـورود وعليـه مـواجهـة مشكـلاتـه وأن الانزعاج الحاصل يمكن أن ينحل لوحده على المدى الطويل.

من ناحية أخرى يمكن تعلم المريض الزبون أن مشاعره مستمدة من طبيعة الانسان وتركيبه كانسان، لذا فهي حتمية التكوين والوجود، وبخاصة عندما يمر المريض في طور اعادة التكيف الطبيعي الذي يحدث نتيجة التوقف عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر، اضافة الى الاثمان الأخرى التي يدفعها الاجتماعية والعاطفية المصحوبة نتيجة الشرب.

ثم ان تشجيع المتعالج المدمن على التحدث عن مخاوفه حيال الانزعاج من مواجهة عواطفه وانفعالاته، هذا التشجيع يكون معيناً ومفيداً. ويجد المعالج في بعض الأحيان أن نفراً من المدمنين المتعالجين يصنفون ذواتهم متبلدي العواطف، بينما نجد أنهم عندما يتكلمون عن مواقفهم الحياتية وسلوكياتهم نجدهم على نقيض ذلك يتسمون بانفجارات انفعالية، وبثورات الغضب الشديد حيال احباطات زهيدة تنتابهم، اضافة الى اصابتهم باكتئابات من حين الى آخر عندما يفكرون بمشكلاتهم، يمكن تدريب هؤلاء على مناهضة الخوف من الانفعال جنباً الى جنب مع تعليمهم طرق التدبر بالانفعال ذاتياً بحيث يتمكنون ليس فقط من السيطرة على مخاوفهم من الانزعاج حيال عواطفهم المضطربة ولكن أيضاً يتعلمون التدبر بالاضطرابات الانفعالية لتكون خفيفة. إن اللوحة رقم (٩) تشرح لنا مختلف أنواع المعتقدات الخاطئة المصاحبة للاضطراب الانفعالي ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية العقلانية المعاكسة والمناهضة لتلك المعتقدات.

إن الحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية المعتورة المضطربة والتي نجدها عند كثير من المدمنين على الخمر أو المخدر ترافقها عادة

مشكلات ناجمة عن الغضب المفرط غير الملائم والعدوان، اضافة الى وجود قصص حياتية متسمة بالضعف والفقر في التعامل مع الشدات والتوترات والقلق.

ومن الأهمية بمكان أن يشرح المعالج للمريض نظرية A B C المفسرة للعلاج الانفعالي ـ العقلاني (Ellis 1988) بحيث يربطها بالمواقف والانفعالات وذلك خلال عملية العلاج، ومن خلال تدريب المريض على التحليل الفكري الذاتي وفق نظرية A B C وكيف تتم عملية مناهضة الأفكار، فإنه من المناسب اما استخدام العناصر التي تبرز خلال المعالجة أو العوارض من episodes (جمع عارضة) الانفعالية التي عاناها المريض في الأيام القليلة الماضية من العلاج.

وبالطبع فإن مناقشة هذه العناصر الانفعالية بصورة مباشرة وبأكبر قدر ممكن من التفاصيل، وفي الوقت نفسه تشجع المريض على وصف الأحاديث التي كان يحدث بها ذاته عندما كان يشعر بتلك العناصر الانفعالية، فإن هذا كله من شأنه أن يزود بالمعلومات الآنية الملائمة لمناهضة تلك الأفكار التي ولدت الانفعالات. ومثل هذه الأمثلة التي يخلقها المعالج في الجلسة العلاجية من خلال شرح نظرية A B C وأسلوب التعرف على الأفكار الخاطئة وما يرافقها من انفعالات ترتبط بهذه الأفكار، فإن المعالج يتخذ من هذا التدريب العملي ليكون مثالا نافعاً في المستقبل القريب عندما يستمر المريض في مواجهة المثيرات (المنبهات) الموقفية والانفعالية الناجمة عن التفكير الخاطىء اللاعقلاني الخاص بشرب الخمر أو تعاطي المخدر.

ولا نبالغ القول أن التقنيات المناهضة والتقربات العلاجية الخاصة بالتعامل مع الانفعالات مثل الغضب والقلق والتوتر الانفعالي هي موضحة تمام الوضوح في الممارسة لفن العلاج الانفعالي ـ العقلاني.

اللائحة رقم (٩)

المعتقدات الشائعة الخاطئة حيال الانزعاج الانفعالي والمعتقدات البديلة المناهضة لتلك المعتقدات

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني المناهض
١ ـ أن أكون منزعجاً هذا أمر مرعب لا يمكن تحمله.	١ ـ لا أرغب أن أكون منزعجاً طبعاً ولكن أستطيع أن أقاوم الانزعاج.
٢ ـ هذه المشاعر خطرة، قد أخرج عن طوري ويختل عقلي منها فلا أشفى أبداً.	٢ ـ مشاعري هي في الواقع غير سارة ولكنها ليست خطرة على صحتي.
٣ ـ إن المشاعر التي تنتابني هي خطرة إذ قد تجبرني على تعاطي المشروب.	٣ ـ المشاعر السيئة وغير السارة لوحدها لا تجبرني على تعاطي الشرب إذا ما اخترت طريق الامتناع عن الشرب.
٤ ـ يتعين عليَّ الأ أتعامل مع هذه المشاعر المزعجة، وقبل كل شي- إما أن أشرب أو أن لا أشرب.	٤ ـ أين البرهان على أن الحياة بدون شرب ولا أدوية مخدرة أو مهدئة تبدو دائماً سهلة ومريحة؟ وعليَّ وهذا أمر طبيعي ومنطقي، أن أتوقع أن تنتابني

المعتقد البديل العقلاني المناهض	المعتقد الخاطىء
المشاعر السيئة والكدر في الوقت الذي أسعى لتبديل سلوكي الادماني.	
٥ ـ لا أستطيع أن أكون قادراً على ضبط ذاتي في كل الأوقات وبصورة مطلقة ولكن إذا ما تعرفت وحددت الأمور التي تزعجني، وحاولت أن أتعلم وأفكر بصورة أكثر حساسية فبامكاني تبديل مشاعري السلبية.	٥ ـ يجب عليّ أن أضبط ذاتي في كل الأوقات.

٦ ـ مناهضة المعتقدات الخاطئة حول الذات:

ما من شك أن من العوامل الهامة والرئيسية التي تعقد بل وتعيق استخدام العلاج العقلاني ـ الانفعالي عند الكحوليين أو المدمنين هي المعتقدات الخاطئة حول الذات. ومن جملة هذه المعتقدات الخاطئة الاعتقاد بصغارة الذات وانحطاطيتها نظراً لتعاطيهم الخمرة أو المخدر، وضعف الأداء، وعجزهم عن التعامل مع المشاعر القوية الجامحة تعاملا ناجحاً وأمثال هؤلاء إذا طلبنا منهم أن يقوموا ذواتهم ويثمنوها نجد عندهم الميول القوية نحو التقويم السلبي. وليعلم المعالج أن الأفراد الذين لديهم قصة ادمان مزمنة ويعانون من اختلاطات ناجمة عن هذا الادمان يتعين عليهم أن يبدلوا معتقداتهم المحقرة لذواتهم إن أرادوا أن يقلعوا عن ادمانهم ويتغلبوا على عادة الادمان المؤذية الضارة.

يمكن تشجيع المتعالجين بصورة مباشرة على الحديث عن ذواتهم والقيمة أو المرتبة التي يصنفون بموجبها ذواتهم وذلك عن طريق طرح الأسئلة عليهم والحوار المرتبطين بما يكلمون ذواتهم عن أنفسهم وبخاصة في المواقف التي تدعو للاحباط. ففي بداية الجلسات العلاجية يمكن أن يضمن المعالج اجراء نقاش عام مع المتعالج عن ماذا يفكر الكحولي أي الحديث عن سوء التأويل وسوء التصور لذاته وعن ماذا تعنيه مشكلة الكحول بحيث يمكن مكافحة مثل هذه التأويلات والتصورات الخاطئة ومناهضتها[1]. وليعلم المعالج أن الكحوليين كثيراً ما يماثلون بقية البشر عندما يبدأون بتعاطي الخمر، فكلما أمعنوا وطالت مدة شربهم للخمر تزايدت مشكلات الكحول واختلاطاتهم على جميع الأصعدة (السلوكية والصحية والنفسية والاجتماعية والأسرية)، ومثل هذه المعلومات يمكن استثمارها من أجل مناهضة التصور أو الفكرة التي تقول أن الكحوليين هم لا محالة واقعون في متاعبهم، لا يقدرون على التخلص من ادمانهم. فهناك آلاف وآلاف الكحوليين الذين استردوا صحتهم وتخلصوا من ادمانهم. وهذا ما يثبت أنه في الوقت الذي يعد الفرد كحولياً، إلا أنه إذا ما عزم على ممارسة التمارين الخاصة بالضبط الاشراطي لسلوكه ونزوعه الادماني، وهذا بلاشك في متناول قدرته وارادرته، فإنه سينجح كما نجح غيره من المدمنين في التخلص من ادمانه

ولابد من التنويه هنا الى مسألة كثيراً ما تزعج الكحوليين والمدمنين على المخدرات هي الاهتمام المفرط المثالي بالسيطرة على

---

١ - راجع الفصول السابقة بهذا الصدد.

الذات. فبعض الكحوليين يصرون على قدرتهم بالتوقف عن تعاطي المشروب إذا ما رغبوا ذلك، ولكنهم لا يرغبون اتخاذ هذا القرار الآن. وهذا الموقف يمكن أن يُعبر عنه بالصيغة التالية: انهم إما يمتلكون السيطرة التامة على ذواتهم أولا يمتلكونها ومثل هذا الاعتقاد بالذات يجب مقاومته، والتباحث مع المريض حياله. والحوار المناهض لهذا المعتقد حيال الذات هو أنه لا توجد كائنات انسانية تمتلك السيطرة المطلقة على ذواتهم، وعلى الأشخاص الآخرين، أو على الدنيا. وبالتحديد فإن الكائنات البشرية هي ليست معصومة عن الخطأ وناقصة غير كاملة. فالكمال هو لله عز وجل وحده دون سواه، والعصمة من الخطأ هي من صفات خالق الكون. وإذا كان هناك استعداد مسبق لظهور مشكلات بفعل الكحول على أساس كونها بيولوجية، فإن الأمر لا يكون منطقياً أن نعزو الأسباب التي يعانيها فرد يشرب الكحول الى وجود علة في قوة ارادته أو في السيطرة على الذات.

ومن المشاهد أن المعالجين يركزون على مساعدة المرضى على ربط التدبر بمشكلاتهم الكحولية الى عوامل السيطرة الذاتية الداخلية، كأن يطلبوا منهم مثلا أن يصرحوا كيف يتكلمون مع ذواتهم، وإلى أي حد يتعاملون تعاملا جيداً وناجحاً مع المثيرات العاطفية والموقفية التي تشجع وتغري بشرب الكحول أو تعاطي المادة المخدرة. وبمعنى أوسع وأشمل كيف يكونون قادرين على اثابة حياتهم بدون الاعتماد على شرب الكحول أو تعاطي الدواء المخدر. وباختصار فإن ما نضيفه بدقة هنا هو أنه بينما يميل المريض الى أن

يـربط سبب ادمانـه بعوامـل خارجيـة فيجب الا ينسى أيضاً أن يتعلم ربط التدبر باضطرابـه بالعـوامل والحـوادث الداخليـة التي لها عـلاقة بـالسيطرة الـذاتية بمثـل المواقف المتبـدلة المتغيـرة والجهود الشخصيـة الرامية الى الشفاء.

وناحية أخرى جديـرة بالـذكر هي أن المـرضى لا يتخذون فقط مواقف تقربهم من الكمال بالنسبة لادمانهم عـلى الخمر ومـا يرتبط بـه من مشكلات تتأتى عن تعاطيهم لها ولكن أيضاً غالباً ما نجـد عندهم مطلباً جبرياً بالنسبة للناس والعالم الذي هو من حولهم. وأن مناهضة «ذاك المطلب المشابه للمطلب الالهي» بطرق متعددة هـو أمر عـلاجي هام. على المستوى المثالي يطلب الكحولي أن تكون لديه «قوى الالـه» في السيطرة على الذات. وإذا لم يمتلك مثل هذه القوى فهو إذن انسان محبط لا قيمـة له ولا وزن فـاقـد العـون بـائس أمـام العـالم المتخبط. وبـالطبـع إن مثل هـذا المطلب لا يمكن أن يمتلكـه فهو انسـان وليس إلهاً، وأن محاولاته الرامية الى اتقان السيطرة على الذات اتقانـاً كامـلا مثالياً أو السيـطرة على الآخـرين، أو على العـالم هي محاولات خيـالية عجماء، بلهاء خرافية لايكون مصيرها الا الفشل والاحبـاط واليأس، وهذا ما يقوده الى لعن ذاته ولومها وذمها وقدحها.

ومن خـلال توعيـة المريض المتعـالج الى هـذا المعتقـد الخـرافي (السيطرة التامة والكاملة على الذات أو على الآخرين) ومن ثم اعـادة تحـديد معنى السيـطرة على الـذات من التعريف المـطلق الى التعريف النسبي، فإن المعالج يقدم نفعاً كبيراً الى المريض المتعالج.

إن اللوحـة رقم (١٠) تحدد لنـا عدداً من المعتقـدات الخاطئـة

والأحاديث مع الذات التي تدور حول ذوات المدمنين وعن مفاهيمهم الخاصة بقوة السيطرة على الذات، ويقابلها الأحاديث مع الذات المنطقية البديلة عن الأولى.

وننوه الى أن الأحاديث مع الذات المناهضة المضادة للوم الذات وذمها هي نوع من فلسفة قبول الذات. ومن خلال تطبيق أسلوب العلاج الفكري ـ الانفعالي على الكحوليين والمدمنين على المخدرات من المناسب أن ينتهز المعالج الفرصة كيما يثير المسائل المتعلقة بقبول الذات ما أن تظهر خلال المعالجة وغالباً ما يسمع المعالج من المرضى المدمنين المقولات التي تعود باللوم والتحقير لذواتهم لأنهم لم يبذلوا جهودهم أكثر مما ينبغي من أجل التوقف عن الشرب وفي تعلم التدبر الذاتي بالعلاج الانفعالى ـ العقلاني أو الفكري.

ومثل هذه المقولات المضادة للذات التي يظهرها المتعالجون خلال سير العلاج تزود بالفرص المناسبة للتحدث مع هؤلاء المرضى عما نسميه بفلسفة قبول الذات التي تقوم على تقويم السمات الشخصية، وأيضاً الأداء والانجازات وليس تقويم ذواتهم بكليتها.

وتدل الخبرات السريرية على أن هذه مسألة تبدو صعبة بالنسبة لكثير من الناس وبخاصة عند الكحوليين ومدمني المخدرات في استيعابها، الأّ أنه من المناسب وعلى المدى البعيد، أن يستطيع المتعالج التوقف عن تقويم ذاته وينصب تقويمه على عمله وأدائه وذلك بغرض الحد من اضطراباته الانفعالية مستقبلياً

ومن ناحية أخرى إن قبول الذات غير المشروط يقدم للمتعالج

في أغلب الأحيان برنامج الوقاية من الاكتئاب الأولي. ونحن نعلم أن الاكتئاب غالباً ما يترافق مع الانتكاس والارتداد الى شرب الكحول، لذا فإنه من المناسب أن يتضمن العلاج الانفعالي ـ العقلاني مسألة قبول الذات عند المريض المتعالج المدمن.

وعلى المعالج أن يجهد في انتهاز كل فرصة كيما يعلم المريض المتعالج ويرشده الى مناهضة الصاق المريض بذاته أو ادانة نفسه بأسباب الفشل وتحقيرها وذمها وباليأس والفشل. وعلى المعالج أن يحفز المتعالج على التعامل مع المشكلة وليس اتخاذ مواقف سيادة Mas-tery attitude. فحتى الأشخاص الأكثر حكمة وعقلانية في البشر يبدون في بعض الأوقات غير منطقيين. ويكمن مفتاح العلاج وسره هو في تمكين المريض بالتعامل Coping مع انسانيته ولكن بدون ذمها، تقريعها وتحقيرها وكأنه معصوم عن الخطأ، وليعلم المتعالج أن القصة التاريخية للادمان عند المدمن ترتبط بانسان وذلك قبل أن يلج في مشكلات الادمان ومتاعبه واختلاطاته. وسيظل المدمن كانسان غير معصوم عن الخطأ حتى بعد توقفه عن تعاطي مادة ادمانه، لذا فإن تشجيع المريض على اتخاذ موقف تحمل لا خطائه وقبول ذاته من شأنه أن يخفف عنه الكثير من الاختلاطات الانفعالية والصعوبات المستقبلية. ولعل الموقف الأمثل الواجب أن يتعزز في معتقد المتعالج المدمن هو أن يقبل ذاته قبولا غير مشروط، أي بتعبير آخر أن يقبل ذاته في الخطأ والصواب، في الانتكاس وفي تصحيح الانتكاس، ومثل هذا القبول هو نقطة جوهرية جداً في السير العلاجي نحو الشفاء.

اللوحة رقم (١٠)

المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة مناهضة

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني
١ ـ يجب عليَّ أن أسيطر على ذاتي في الشرب أو في تعاطي المخدر.	١ ـ أشعر بحفز شديد بالتدبر بمسألة شربي للكحول وعليَّ أن لا أنسى فأنا لست إنساناً كاملا.
٢ ـ الناس الذين ارتكبوا أعمالا مخيفة تماثل أعمالي هم أشخاص سيئون، وسيظلون على هذه الصفة	٢ ـ السلوك السيء لا يقابله ولايعادله شخص سيء. وهذا السلوك السيء هو من خصائص الانسان غير المعصوم عن الخطأ، وعند ذم الذات فكأنك تطلب أن تكون الذات معصومة عن الخطأ، وهذه صفة غير موجودة في البشر
٣ ـ لتحظى بقيمة في مضمار مجتمعك يجب أن تكون محبوباً ومقبولا من كل فرد، وحيث أنني أقلعت عن عادة الادمان لذا عليَّ أن اجهد أكثر من أي وقت مضى لارضاء الناس.	٣ ـ لا يمكنك أن تقوم الفرد بمعيار من يحبهم أو يكرههم، فالمثل يقول ارضاء الناس غاية لا تدرك.
٤ ـ أنا انسان محطم وفاقد القيمة الذاتية والاعتبار في مجتمعي بسبب ادماني.	٤ ـ انا لست محطماً ولا فاقد اعتبار الذات بل أنا شخص مخطىء فقط.

المعتقد الخاطىء	المعتقد البديل العقلاني
٥ ـ أنا مقرر لأن أبرهن لهم من أنا سيرون ذلك قريباً .	٥ ـ أنا لا أستطيع أن أبرهن على وزني وكل ما أفعله سأحسن سلوكي .

الفصل السادس

تقنيات نوعيـة في تطبيق العـلاج الانفعالي ـ العقـلاني على المدمنين (الكحول أو المواد المخدرة)

رغم أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يتضمن اعادة بنـاء التفكير أو البنية المعرفية ومناهضة الأفكار، فـإن هذا العـلاج هو دومـاً وأبداً يتضمن عـدة تقنيـات سلوكيـة وانفعـاليـة كما وأن هـذا النمط من العلاج يشجع على الأخذ ببعض الأساليب العلاجية التي تفترض أنها تحفز وتشجع حـدوث تبدلات عميقـة وتفضيلية عنـد معظم المـرضى (Bernard 1986, Ellis 1985).

في هذا الفصل سنتكلم عن معـظم التقنيات المعـرفية للعـلاج الانفعالي ـ العقلاني الهامة التي غالباً مـا يؤخذ بهـا وتطبق عنـد علاج مرضى الادمان على الكحول والمخدرات.

١ ـ مناهضة المعتقدات الخاطئة :

كما ذكرنا في الفصول السابقة يركز العلاج العقلاني ـ الانفعـالي على مناهضة المعتقدات والأفكار الخاطئة مناهضة ماحقة لا هوادة فيها والتي تؤول وتؤدي الى ازعـاج أصحابهـا وخلق اضطرابـات انفعاليـة حيـال مسـألـة الادمـان (أو أي مشكلة أخـرى غـير محـددة) ولتعميق مفهـوم المعـالـج أو القـارىء عن هـذه التقنيـة نـذكـر لـه أهم أنـواع المناهضة :

أ ـ مناهضة تعابير الالزام والجبرية والمطالب (musts, shoulds, demands)

المعتقد الخاطىء:

يتحتم عليَّ أن أكون قادراً على شرب الكحول بالمقدار الذي أرغبه، والاَّ أعاني من النتائج الشيطانية». الآن لنحلل ما يجب مناهضته في هذا الحديث مع الذات الذي ذكرناه.

١ ـ المناهضة disputing لماذا يتحتم عليَّ وهذه صيغة فيها صفة الالزام.

المعتقد الخاطىء: «لأنني أرغب فيه».

٢ ـ المناهضة: «لماذا يتحتم عليك أن تحصل على ما ترغبه».

المعتقد الخاطىء: «لأنني سأشعر بالراحة بأفضل ما كنت أو ما أنا عليه الآن».

٣ ـ المناهضة: «قدم البرهان على أنك فعلا ستشعر بشعور أفضل من السابق من خلال تعاطي الكحول أو المخدر».

المعتقد الخاطىء: «لأنه من المستحسن أو أنه لأمر جيد أن يشعر المرء بالارتياح».

٤ ـ المناهضة: «إنه لمن المستحسن: أين البرهان:

ـ ان عليك أن تنال الأمور الجيدة وأحسنها

ـ وانك ستحصل عليها على المدى البعيد بالشرب أو تعاطي المخدر بالمقدار الذي ترغبه؟

ـ جواب المتعالج الذي طرحت عليه تلك التساؤلات: أعتقد أنه لا توجد أية دلالة أو برهان على مقولتي السابقة الذكر،

علي في الواقع ألا أشرب حتى عندما أرغب بالشرب.

- المعالج: بالطبع عليك الأّ تشرب الآن يستحسن أن تقنع ذاتك بهذه النتيجة التي توصلت بقراءتها كل يوم لعدة مرات حتى تصبح شديد الاعتقاد بها

ب - مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها باستخدام تعبيرات: مخيف، مريع:

المعتقد الخاطىء المراد دحضه هو التالي:

«إنه لأمر مخيف اذا لم أشرب الخمر أو لا أتعاطى المخدر لذلك لابد وأن أشعر بالقلق.

١ - المناهضة: «لماذا هذا الأمر مخيف؟»

الاعتقاد الخاطىء: لأن الأمر مزعج جداً

٢ - المناهضة: «انه لأمر مزعج، ولكن ما الذي يجعل الازعاج فيحوله الى أمر مخيف أو مريع؟»

الاعتقاد الخاطىء: لأنك لا ترغب أن يكون الأمر سيئاً للدرجة الموصوفة.

٣ - المناهضة: «لذا فأنت تسير إذن الكون - أليس هذا صحيحاً؟»

الاعتقاد الخاطىء: كلا ولكن يجب أن أتمكن من السيطرة على انزعاجي

٤ - المناهضة: «هذا أمر كبير، ولكن هل تقدر على ذلك وتفرضه على نفسك؟»

جواب المتعالج: كلا، أعتقد أنني لا أمتلك ما يجعلني أكثر

سروراً وارتياحاً، وقد أتمكن من التعامل مع قلقي والسيطرة عليه بدون اللجوء إلى المسكر

المعالج: أراهنك أنك تستطيع ذلك.

جـ ـ مناهضة الاعتقاد: لا أستطيع تحمل ذلك:

المعتقد الخاطيء المراد دحضه هو التالي:

«لا أستطيع تحمل ذلك عندما أشعر بنزوع ملحاح لأخذ المخدر أو الكحول في حين لا أرغب في تناوله»

١ ـ المناهضة: «أنت لا تحب الشراب، إذن أرني لم لا تستطيع البقاء بدونه؟».

المعتقد الخاطيء: إنه لمؤلم جداً أن أمتنع.

٢ ـ المناهضة: «إن الامتناع عن تناوله هو مؤلم، ولكن لماذا الامتناع عنه هو أمر مؤلم جداً؟»

المعتقد الخاطيء: «لأن الأمر كذلك».

٣ ـ المناهضة: هل لا تستطيع تحمل الامتناع عنه وتكون سعيداً؟ ألا يوجد شيء آخر تستطيع الاستمتاع به إذا أوقفت جميع الأدوية المخدرة أو الكحول؟

المعتقد الخاطيء: بلا، ولكن لا أستطيع أن أتمتع بالسعادة بما يجب أن يكون؟

٤ ـ المناهضة: من أين أتيت بكلمة يجب أن يكون؟

جواب المتعالج: الحق أني اختلقت هذا التعبير وابتدعته عن ذاتي.

المعالج : إذن لا مندوحة إن ابتغيت ايقاف تعاطي الأدوية المخدرة وتكون أكثر سعادة في حياتك ما عليك الاّ أن تتوقف عن هذا الابتداع .

د ـ مناهضة تحقير الذات وتصغيرها :

المعتقد الخاطىء المراد دحضه هو التالي :
«الآن وقد نكصت على أعقابي فعدت الى شرب الكحول (أو تناول المخدر) أنا هذا الملعون السيء أشعر بالحقارة والضعف» .

١ ـ المناهضة : «أنت لست سيئاً لأنك عدت الى شرب الكحول، ولكن كيف حدث ذلك؟ بلاشك أن عملك الطائش الجنوني هو الذي جعلك في حالة سوء (لاحظ في هذه المناهضة المعالج لم يتناوله بالذم «أي المريض» ولكن ذم عمله وفعله) .
المعتقد الخاطىء : «لأنني فعلته» .
٢ ـ المناهضة : «إنك فعلت الكثير من الأمور الحميدة الجيدة الأخرى وأشياء محايدة أيضاً ، فهل أنت شخص جيد عندما تؤدي فعلا طيباً جيداً مثل انقاذ انسان من الغرق؟» .
المعتقد الخاطىء : إذا ما استمريت في تناول المسكرات واقدمت على القيام بأفعال سيئة منكرة، فإن هذا بالتأكيد من شأنه أن يجعلني شخصاً فاسداً .
٣ ـ المناهضة : «إذا كنت حقاً فاسداً غارقاً في الفساد، وذا نفسية نتنة مارقة، فأنت لن تفعل دوماً الاّ الأشياء المنكرة السيئة، وهذا

بالطبع مستحيل على مستوى الواقع)، بل وحتى لو كان ذلك، فأنت واقعياً لن تكون شخصاً سيئاً».

المعتقد الخاطىء: بل قد يكون كذلك.

٤ ـ المناهضة: «أشك بذلك، بالنسبة للانسان الفاسد لابد من أن تضمن أنه سيقوم بأفعال الشيطان مستقبلا، ويستحق اللعنة لأنه ولد ونشأ وتربى على الخطأ. الآن هل هناك فرد حكم عليه دوماً لفعله السيء أو ليكون سيئاً وإذا كان سيء الحظ فهل الكون برمته يلعنه؟

جواب المتعالج: بدأت أرى رؤية صحيحة، أنت تساعدني كيما أؤمن أنه لا يوجد ما يمكن أن نقوله بالانسان الذي يستحق اللعنة عليه والفاسد فساداً مطلقاً ويكون دوماً كذلك طوال حياته.

المعالج: نعم ومن ضمنهم أنا.

هـ ـ مناهضة الحتمية واليأس:

المعتقد الخاطىء المراد دحضه هو:

«بما أنه يتعين عليَّ الاَّ أشرب الخمر ثانية، وفعلت ما يجب الاَّ أفعله لذا فإن وضعي ميؤوس منه».

١ ـ المناهضة: «كيف بامكانك أن تقدم البرهان على أن الأمور تظل ثابتة لا يطرأ عليها أي تبديل؟».

المعتقد الخاطىء: «أنظر كم مرة حاولت فيها الامتناع عن الكحول ولكن فشلت في هذه المحاولات، أليس هذا هو الدليل أني عاجز عن ذلك؟».

٢ ـ المناهضة: «كلا، إن هذا هو ما يدل ويبرهن أنك لم تمتنع عن تعاطي الكحول بل إن الصعوبة في الامتناع هي التي تعترض ذلك. والصعوبة الكبيرة التي تؤمن بها لا تعني الاستحالة، مالم تعتقد كذلك، وبالتالي أي عندما تعتقد أنه يستحيل عليك الاقلاع عن الكحول أو تعاطي المخدر تجد هذه القناعة حقيقة.

جواب المتعالج: قد تكون على حق، سأفكر بما قلته لي.

٢ ـ اللجوء الى التعامل والتصدي أو الأحاديث مع الذات العقلانية المنطقية:

بالاضافة الى مناهضة المعتقدات الخاطئة، يمكن للمعالج أن يطلب من المدمن تخيل المعتقدات الخاطئة، أو التعامل مع تلك المعتقدات بتبديل الحديث مع الذات، أي مناهضة المعتقد تخيلياً، وهذا ما يساعد المتعالج على السيطرة على شرب الكحول أو المخدرات وعلى مشكلاته الانفعالية والسلوكية. فمثلا يمكنك أن تطلب من المدمنين محاكاة المناهضة للمعتقد الخاطىء بالأحاديث مع الذات المذكورة أدناه وإذا لم يفلحوا في ذلك فيمكنك أن تقترح لهم الأحاديث مع الذات، وفي هذه الحالة الأخيرة يكتب الزبون المدمن المتعالج الأفكار الصادة للمعتقدات الخاطئة على بطاقات، أو يسجل هذه الأفكار على شريط صوتي، ويردد هذه المقولات المبدلة للمعتقد الخاطىء على ذاته ويظهر لها لماذا أن هذه الأفكار الصادة المناهضة هي حقيقة وعقلانية. يتم ترديد هذه العبارات المسجلة على شريط صوتي أو المكتوبة على بطاقات عدة مرات يومياً.

من شـروط المقولات المـوجهة للذات أي الأحـاديث مـع الـذات أن تكون:

أ ـ واقعية وتجريبية.
ب ـ فلسفية تعاملية مناهضة
جـ ـ أحاديث مع الذات ايجابية تنهض بالهمة وتشجع.

واليـك أيها القـارىء أمثلة عن تلك الأحاديث بشـروطهـا التي ذكرناها:

١ ـ أحاديث مع الذات ذات صفات مناهضة تعاملية واقعية وتجريبيـة أمثلة عليها:

«إذا مـا خانتني نفسي وطـاوعتها فـأخذت رشفـة خمر أو تعـاطيت المخدر لمرة واحدة فليس معنى هذا أنني فقدت قدرتي على الاقلاع عن الخمر أو المخدر».

«من الصعب ايقـاف شرب الكحـول أو المخدر ولكنني أستـطيع ذلك».

«عنـدما يـرفض الناس دعـوتي إليهم فليس معنى هـذا أنني قمت بعمل سيء أستوجب رفض دعوتي».

«إن اقدامي على فعل أحمق يجعل مني هذا الفعل انسـاناً تصـرف تصرفاً أحمق ولكن ليس بالشخص الأحمق».

«إن تـوقفي عن تعاطي الشـرب أو المخدر هـذا لا يعني أنه ليس لدي مشكلات جدية وشديدة».

«أشعر بالنشوة والسعادة عند الشرب ولكن هذا لا يدل أو يبرهن

أنه أمر حسن ومحمود إن تعاطيت الشرب».

«أتعامل تعاملا أفضل، وأتكيف تكيفاً جيداً مع النـاس الذين لا يشربون المسكرات ولا يتعاطون المخدرات».

٢ ـ الفلسفة التعاملية المناهضة (أحاديث مع الذات):

«إنه لمن الصعوبـة بمكان أن أتـوقف عن تعاطي الخمـر أو المخدر ولكن الأصعب من ذلك أن أستمر في تعاطيه».

«أنا لا أحتاج الى شـرب المسكر أو تعـاطي المادة المخـدرة عندمـا أكون قلقاً».

«حتى لو كنت أشعر بميل شديـد لأخذ جـرعة كـافية من الخمـر، فعلي ألاّ أستجيب لهذا الميل».

«إنه لن يكون الأمر مخيفاً إذا رفضت ولكن أكون منزعجاً»

«أستطيع دوماً أن أختار قبول ذاتي، حتى لو قمت بـأفعال خـرقاء مثل أخذ المخدر أو المسكر».

«عندما أرتكب خطأ كبيراً بشرب الخمر أو تعاطي المخدر، فهـذا يبرهن على أنني معرض للخطيئة، ومع ذلك فالأمـر يظل مقبـولا لأنني انسان غير معصوم عن الخطأ».

٣ ـ الحديث مع الذات المشجع:

«مع العمل الدؤوب أنا متأكد أنني أستطيع الاقلاع عن المسكر أو المخدر وأظل ممتنعاً مفطوماً عنه».

«أنظر لقد رفضت جرعة واحدة من الخمرة انه لأمر كبـير اعتز به».

«في الواقع أرغب في الطريق الذي يشعرني أنني صبور حكيم».

«ياله من نجاح   لقد مضت ثلاثة أشهر ولم التقط رشفة خمر واحدة (استنشاق حفنة صغيرة من الكوكايين)».

٤ ـ التفكير الايجابي، أو الأحاديث الايحائية مع الذات.

«الآن وقد رفضت شرب الخمر أو المخدر، فأنا متأكد تماماً أنني لن أرشف جرعة واحدة من الخمر».

«إذا ما توقفت عن تعاطي الخمر أو الأدوية المخدرة، فبامكاني انجاز أي شيء أرغب في تحقيقه في حياتي».

«في كل يوم وفي كل طريقة أطبقها أشعر بأنني أحسن حالا وعلى ما يرام».

«العلاج العقلاني ـ الانفعالي هو دواء لكل الشرور».

«إذا كنت أؤمن في القوة العليا وفي عون الاله فإنني بلاشك سأتوقف بسهولة عن تعاطي المشروب أو المخدر طوال الحياة».

٣ ـ فتح سجل لرصد المشاعر من لذة أو ألم:

يجد المعالج أن الكحوليين أو متعاطي المخدرات يؤكدون على ما ينتابهم من مشاعر لذة ومسرة تعاطي المخدر أو الكحول والألم الناجم عن حرمانهم من تعاطيه.

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي عليه أن يدرب المتعالجين كيف يسجلون ويرصدون في دفتر يومي الآلام والمعاناة الناجمة عن ادمانهم والمسرات المتأتية عن الاقلاع عن الادمان، ومن ثم يطلب منهم أن يقرأوا هذه النقاط التفاضلية المقارنة عدة مرات يومياً (Ellis, Becker 1985) نذكر على سبيل المثال بعض

المقولات المناسبة الملائمة التي يتعين على المدمن أن يقرأها كل يوم لمدة عشرة أيام.

أ ـ آلام، مشاحنات، وشرور شرب الخمر أو تعاطي المخدر

- اتصرف تصرفاً أرعن مجنوناً.
- الأداء السيء.
- فقدان الأصدقاء، والزوج والرفاق.
- الرفض من جانب الناس.
- فقدان العمل وحرمان لقمة العيش.
- خسارة الترقي في العمل وزيادة الراتب.
- تبديد الوقت.
- الدخول مع الناس في مشاجرات وخصومات.
- التعرض للحوادث.
- الحاق الأذى بالغير وما يترتب عن ذلك من اجراءات قانونية جزائية.
- تبديد المال على المخدر والمسكر
- فقدان الصحة البدنية والنفسية
- التعرض لضعف القدرات العقلية كالنسيان والتقهقر العقلي.

ب ـ حسنات ومميزات الاقلاع عن الخمر والأدوية المخدرة:

- التمتع بالصحة الجيدة.
- التفكير العقلاني السليم.
- توفير المال واكتسابه.
- التصرف بذكاء وفطنة

- الانجاز الجيد.
- كسب الأصدقاء والاحتفاظ بالصداقات.
- التعامل تعاملا بناء ومتكيفاً مع المحبين والأصدقاء.
- مساعدة الآخرين واسعادهم.
- العيش لمدة أطول.
- التمتع بالنوم العادي السوي.
- استخدام الوقت استخداماً مفيداً ونافعاً وتوافر الطاقة.
- اكتساب الانضباط والسيطرة الذاتية

٤ - تطبيق تقنية تشتيت الفكر:

يأخذ العلاج الانفعالي - العقلاني بالأنواع المختلفة من تشتيت الفكر في علاج المدمنين على الكحول والمخدرات (على غرار ما يطبقه على الاضطرابات النفسية الأخرى)، من هذه التقنيات المشتتة للبنية المعرفية (الفكر)، أسلوب جاكبسون (١٩٤٢) في الاسترخاء المتصاعد المترقي Progressive relaxation واليوغا، والتأمل meditation وتمارين التنفس، والتغذية البيولوجية الراجعة (Ellis, 1985 Abrahms 1978).

وهذه الطرق المشتتة للفكر وللانتباه تعمل في تهدئة الكحولي أو المدمن على المخدرات، وتعيق من النزوع نحو ولعه الادماني، وهي بحق تتسم بالفعل المضعف للقلق والتوتر ولكنها غير شافية، فبعد عشر دقائق من الاسترخاء، وتخفيف القلق الذي عادة يدفع المدمن الى الشرب، نجده وقد عاد الى تفكيره اللاعقلاني، ومن ثم يسعى

الى اقناع نفسه ليقول لها:
«يتعين عليَّ أن أكون محافظاً تقليدياً الى حد كبير» وليس في استطاعتي تحمل قلقي وانزعاجي حيال كوني تقليدياً مبالغاً في المحافظة ومثل هذا الكلام مع الذات السلبي المضعف لتحمل الاحباط من شأنه أن يعود المتعالج الى البحث عن الخمر أو المادة المخدرة كيما يسترد الشعور أنه بحالة جيدة».

فالمعالج الذي يستعين بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي عليه أن يمزج دوماً ويشرك التشتت الفكري وتقنيات الاسترخاء مع طرق مناهضة الأفكار الخاطئة. ويحسن أن يظهر المعالج للمريض كيف يسترخي ويضعف من توتره وقلقه وبخاصة قلق الانزعاج، ومن ثم يشجعه على اللجوء الى تطبيق المناهضة للأفكار الخاطئة اللاعقلانية وفق أسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي كيما يتعامل تعاملا ناجحاً مع توتره العصبي وتخليص ذاته منه.

٥ ـ التقنيات التثقيفية السيكولوجية المستخدمة في العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

من المعلوم أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي هو ملائم للعلاج الفردي والجماعي، كما وأنه بدأ يأخذ طريقه ليكون أيضاً من وسائل التثقيف النفسي حيث نشرت الكتب والنشرات، والاشرطة الصوتية عن هذا العلاج (Ellis, Becker 1984). ونجد أيضاً هذا النوع من العلاج يسوق في وسائط الاعلام المختلفة في الولايات المتحدة

الأمريكية، وبخاصة علاج المدمنين على الكحول والأدوية المختلفة المخدرة ومن الميادين التي طرقها هذا العلاج وصدرت كتب عديدة عنها هي: كيف تعيش مع الشخص العصابي؟ (Ellis 1957)، وممارسة الجنس بدون شعور بالاثم (Ellis 1958)، والمرشد في الزواج الناجح (Harper 1961) وكيفية التغلب على المماطلة والتسويف (El-lis, knaws 1977)، والمرشد الحديث للحياة العقلانية (Ellis, Harper 1975)، والدليل نحو السعادة الشخصية (Ellis, Becker 1982).

ونجد في الأسواق الأمريكية الأشرطة الصوتية العلاجية التي تساعد المدمنين على الكحول والمخدرات على التغلب على القلق، والاكتئاب وتحملهم الضعيف للاحباط، الاضطرابات التي غالباً ما تكون المسئولة عن انتكاس المريض ورجوعه الى ادمانه وما يترتب عن هذا الانتكاس من مشاعر متباينة تسيطر على ساحة تفكيره مثل تقريع الذات وتحقيرها نتيجة تخاذله ورجوعه الى الخمرة أو تعاطي المخدر.

٦ ـ اعادة تأطير التفكير أو المشكلة Reframing:

إحدى التقنيات الخاصة بالبنية المعرفية (الفكرية) التي يأخذها العلاج الانفعالي ـ العقلاني، هي إظهار المتعالج كيف بامكانه اعادة تأطير ادراكه أو فكره حيال معتقده بمسألة منافية «سيئة مزعجة» تعد حادثة محرضة للتوتر والانزعاج bed activating events بشكل يحول هذه الفكرة أو المعتقد الى انفعال أكثر ايجابية (Ellis, Dryden 1987).
ويمكن تنفيذ اعادة تأطير الفكر أو المعتقد بالأمثلة التالية:
أ ـ رؤية الشيء الجيد الحسن من خلال الشيء المزعج السيء.

في مقدور المعالج أن يُظهر للمتعالج كيف بامكانه النظرالى الحوادث السيئة «الشيطانية» فيقبلها، ومن ثم يركز على العناصر الجيدة التي تنبثق عن الأولى أمثلة:

١ ـ رغم أنه لمن سوء الحظ أن أفصل من عملي، ولكن إذا ما أمعنت النظر في هذا العمل فقد لا أجد فيه ما يغريني على أن أعتبر فصلي أو فقداني له أمراً فيه خسارة كبيرة، بل وكارثة. فالأجور ضعيفة، والترقيات رهن الأمزجة، والاحتمالات للترفيع الى رتبة أو وظيفة أعلى ضعيفة والخ لذا فإن خسارتي لعملي ليس فيها ما يجعلني أتأسف كثيراً

٢ ـ حصولي على درجات منخضفة في المدرسة أمر غير مرغوب ولا هو مفرح، ولكن إن نلت درجات عالية قد يثير في نفوس رفاقي الغيرة والعداوة بل وحتي القطيعة والحاق الايذاء بي.

٣ ـ أن أُرفض من قبل محبوبتي أو خطيبتي، هذا الرفض قد يجنبني المسير نحو الزواج والوقوع في المتاعب وصراعاتها. وكما يقول المثل الشائع: عسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم. وهذا الرفض هو انذار لمصلحتي ألاَّ أسير قدماً نحو زواج متعثر ظهرت بوادره منذ الآن.

٤ ـ أنت مخطىء حقاً: عليك أن تعترف أنك كحولي مدمن، وأنه من الأفضل أن تحصل على دعم من أصدقائك ورفاقك لمساعدتك على البقاء مفطوماً معافى من الادمان. أن أكون كحولياً فهذا أمر سيء طبعاً، ولكن الاعتراف وقبول حالتي كشخص مدمن فهذا أمر لا غضاضة فيه وشيء مقبول جداً

٥ ـ لا يعرف أحد كيف يتحول المشروع الهام المثمر الى خسارة ليؤدي الى قلق وخسران وحسرة. ولكن لا أنسى أيضاً أن هذا يقود الى فضول ومغامرة.

ب ـ التعامل مع الأمور السيئة:

مهما كانت الحادثة سيئة الوقع، فى انعكاساتها على المشاعر والسلوك، في مقدور المعالج أن يساعد المتعالج على الاستبصار في التعامل وتصديه لهذه الحادثة وذلك من خلال الأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي الذي يبدل نظرة المتعالج لهذا الموقف المثير لازعاجه، ويجعله عنيداً في رفض ما يزعجه وإليك الأمثلة لتكون أكثر فهماً لما نقصد (الأحاديث مع الذات).

١ ـ إن النكوص ثانية إلى التفكير الادماني قد يشجعك على قبول تحدي الكف عن الشرب بجميع صوره وبكليته.

٢ ـ العودة أو النكوص أكثر من مرة الى تناول المخدر وتعاطيه يمكن استغلاله كتحد لاستمرار قبول ذاتك قبولا غير منقوص بأنك انسان معرض للخطأ وأيضاً قبول السلوك الأرعن.

٣ ـ ن خسارة العمل أكثر من مرة قد تمنحك قوة التحدي من أجل عقد العزم على التفتيش على عمل ملائم ومستمر

٤ ـ احساسك بأنك على درجة كبيرة من الاضطراب قد يقودك هذا الاحساس وتلك المتاعب النفسية إلى البحث عن أسباب اضطرابك في نفسك، والتفتيش عن المعتقدات الخاطئة التي تسهم في خلق هذا الانزعاج، والأخذ بمأخذ الجد تقنيات العلاج العقلاني ـ الانفعالي من أجل تبديل ذاتك وازالة اضطرابك.

٧ ـ الوظائف البيتية الخاصة بتبديل البنية المعرفية (التفكير):

من مستلزمات وخصائص العلاج العقلاني ـ الانفعالي أنه يلزم المتعالج بأداء تمارين وتدريبات بيتية؛ سلوكية، وانفعالية، ومعرفية (فكرية)، ولعل أهم التدريبات والتمارين والوظائف البيتية التي يمكن اعطاؤها الى المتعالج المدمن على الكحول أو المخدرات هي التالية:

فتش في ذهن المتعالج عن الأحاديث مع الذات التي يستعمل فيها تعابير «يجب« «ولابد من كذا»، أي تعابير الالزام والجبر المفروض على الذات. قل لمريضك التالي:

الآن وبعد أن شرحت لك نظرية A B C التي تفسر العلاج العقلاني ـ الانفعالي، أرغب منك أن تفترض أنها صحيحة وواقعية، وعليك في هذا الأسبوع أن تراقب وتعاين مشاعر الانزعاج والاضطراب (مثل القلق والاكتئاب) والافعال التي تقهر الذات وتهزمها (مثل تعاطي المشروب والتسويف)، في كل مرة تشعر بالاثارة أو التهيج، أو تقوم بعمل ضد مصلحتك ما عليك سوى اعمال ذهنك في التفتيش عن التفكير الذي سبق هذه الاثارة أو التهيج وبالتحديد هل فرضت على ذاتك تعابير «يجب» أو «من الواجب أن أعمل أو أتصرف كذا ؟» وسجل هذه الأفكار والأوامر التي فرضتها على ذاتك في سجل أو دفتر (مذكرات) خاص، ومن ثم ضع هذه الأفكار الأوامرية في لائحة واجلب هذه اللائحة معك في الجلسة العلاجية المقبلة!!

هل فهمت المطلوب منك أداؤه كتمرين بيتي؟

التصدي (مناهضة) المعتقدات الخاطئة:

قل لمريضك التالي:

«الآن وقد أصبحت مقتدراً على التعرف على معتقداتك الخاطئة - أي الحتميات التي تفرضها على ذاتك» يجب - يتعين عليّ - من المفروض أن أقوم بكذا وبالتعرف أيضاً على العواطف المغالية التي تهزم الذات وتضعف التصدي والتعامل بنجاح مع المواقف إنه لأمر مخيف لا يمكنني أن أتحمله ذم الذات وانزال اللعنة عليها وتعميم الحوادث» الأحاديث مع الذات من هذا القبيل التي هي وراء متاعبك وانزعاجاتك النفسية عليك الآن التصدي لهذه الأفكار والمشاعر التي رصدتها وسجلتها حتى الوقت الذي تشعر فيه انك توقفت عن استخدامها، أي الكلام المبالغ فيه والأوامر التي تفرضها على ذاتك. أما الطريقة التي عليك اتباعها لمناهضة هذه الأفكار والحتميات المرصودة في اللائحة التي كتبتها والتي كنت تحدث ذاتك فيها فهي باتباع طرح الأسئلة العلمية على هذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة، وكأنك تحاكمها وتضعها في قفص الاتهام وهذه الأسئلة العلمية التي تفند فيها هذه المعتقدات الخاطئة هي:

أ - لماذا يجب عليَّ أن أشرب قليلا من الخمرة وأن أكون متأكداً الاّ أعود ثانية الى الاسراف في الشرب والثبات على الشرب؟

ب - أين البرهان أنني سألاقي فشلا ذريعاً إذا ما فشلت في أداء عمل هام.

جـ - برهن أن هذا الأمر مخيف عندما أشعر أنني منزعج لعدم تعاطي

المشروب أو المخدر.

د ـ أني مكبوت أنني لا أستطيع تحمل شعور القلق ـ وعليّ أن آخذ رشفة من الخمر لأخفف القلق؟

هـ ـ بأية طريقة أنا انسان فاسد إذا ما نكصت على عقبي فشربت الخمرة ثانية أو تعاطيت المخدر ناكساً؟

٨ ـ أنموذج تقرير مساعدة الذات وفق اسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

الأنموذج التالي هو المقترح والأحدث في أداء الوظيفة البيتية المتعلقة بتحليل ورصد الأفكار والمعتقدات، والمبتدع من قبل مؤسسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي التي يديرها العالم الكبير البرت أليس والكائنة في مدينة نيويورك.

في هذا الأنموذج يتعين أن تشجع مريضك على إملاء هذا الانموذج بعد أن تشرح له طريقة إملائه وكتابته

أنموذج المساعدة (أو العون) الذاتية

Self-Help Repart

A ـ أ: الحوادث المنشطة أو المحرضة على شرب الكحول أو تعاطي المخدر:

الأفكار ـ أو المشاعر التي برزت قبل أن أشعر بالاضطراب الانفعالي (أي قلق الانزعاج) أو التصرف تصرفاً فيه قهر للذات وانهزامها هي: ______________________

____

C ـ ب: النتائج التي تمخضت عن تلك الأفكار والمشاعر السابقة ـ أي الانزعاج والاضطراب النفسي ـ أو سلوك مضعف للذات هذه السلبيات التي أرغب بتبديلها وازالتها هي: ــ

B ـ جـ: المعتقدات: المعتقدات الخاطئة التي تقود الى نتائج (الاضطراب الانفعالي أو السلوك الهازم للذات) ضع دائرة حول جميع هذه الحوادث المنشطة (أ).

D ـ د: تصد لكل فكرة أو معتقد وضعت دائرة حوله مثلا «لماذا عليَّ أن أنفذ العمل جيداً». أين الدليل على أنني انسان سي- أين البرهان أنه يجب أن أكون مقبولا

E ـ هـ: المعتقدات الصائبة الواقعية المنطقية الفعالة المناهضة للمعتقدات الخاطئة (B).

مثال: «أفضل أن أقدم أداءً جيداً ولكن ليس أبداً يتوجب علي أن أقدم أداء جيداً». أنا رجل تصرفت تصرفاً سيئاً ولكن لست انساناً سيئاً. «لا يوجد برهان أنه يجب أن أكون مقبولا رغم أنني أفضل أن أكون مقبولا مرغوباً».

١ ـ يجب أن أتقن العمل.

٢ ـ أنا رجل سيء أو رجل تافه عندما تصرفت تصرفاً أحمق أو ضعيفاً

٣ ـ يجب أن أكون مقبولا محبوباً من قبل الناس.

٤ ـ احتاج الى أن أكون محبوباً من قبل انسان يهتم بشئوني كثيراً

٥ ـ أنـا رجل سيء وشخص غـير محبوب إذا مـا إدركت أنني مرفوض من قبل بعض الناس.

٦ ـ يجب أن يعاملني الناس بعدل، ويلبوا حاجاتي.

٧ ـ يجب أن يكـون الناس حسب مـا أتوقـع أن يكونـوا والاَّ يكون الأمر مخيفاً

٨ ـ الناس الذين يتصرفون تصرفاً لا أخلاقياً هم أشخـاص فاسدون ضالون.

٩ ـ لا أستـطيـع تحمـل الأشيـاء أو السلوك السيء أو الأشخاص الصعبين.

١٠ ـ يجب أن تكـون في حياتي الازعـاجات أو المشـاحنـات قليلة ومليئة بالسعادة.

١١ ـ انه لأمر مرعب ومخيف عندما تسير الأمـور على غـير ما أرغب وأشتهي.

١٢ ـ لا أستـطيع تحمـل الحياة عنـدما لا تكـون غير عـادلـة جائرة.

١٣ ـ أحتـاج الى كثـير من المســرة الآنيـة ويجب أن أشعـر بالشقاء عندما لا أحصل على ما أريد.

F ـ و: المشـاعـر والسلوك اللذان شعـرت بهـا بعـدمـا وصلت الى المعتقدات العقلانية الصائبة وأخذت طريقها الى ذهني ______

____

سـأكرر المعتقـدات الصائبـة العقلانيـة التي وصلت اليها عـلى مسمعي فـاخصص عشر دقائق كـل يوم لقـراءتهـا ولمـدة ١٥ يـومـاً.

بحيث أبدل من تفكيري ومشاعري فأصبح أقـل اضطرابـاً وأتصرف تصرفاً بناء ليس فيه ما يضعف الذات مستقبلا.

الفصـــل السابع

التقنيات العاطفية (الانفعاليـة) النوعيـة التي تستخدم في علاج الادمان على الكحول والمخدرات

ترى النظرية العقلانية ـ الانفعاليـة أن المدمنيں على الكحـول وعلى المواد المخدرة المختلفة يتمسكـون بمعتقداتهم الخـاطئة المـطلقة، وبـانفعـال شـديـد وبـالحـاح. وأن هؤلاء أيضـاً سبق وعـززوا هـذه المعتقدات تعزيـزاً قويـاً من خلال اجتـرارها والمـران عليها، وخبـروا الانفعالات والاضطرابات التي نجمت عں هذه المعتقـدات لفترة من الوقت، غالباً ما يعود ذلك الى زمں الطفولة الباكـرة. لذا فـإن علاج هؤلاء المـدمنين يحتـاج الى تقنيات دراماتيكية فعـالة قـويـة انفعـاليـة مستمرة مں أجل اجتثاث جذور ادمانهم. لذا يمكن القول أن العلاج العقـلاني ـ الانفعالي هـو علاج متكـامل يتضمن العـديد من الـطرق المصححة للانفعال والعواطف السلبية التي سنأتي عـلى ذكرهـا بحيث يمكن للمعالج أن يدرب مريضه على كيفية استخدام هذه الطرق.

١ ـ تمارين وتدريبات الهجوم على مشاعر الخجل:

إن مشـاعر الخجـل، والانزعـاج أو الضيق، والتحقـير، هـذه المشاعر المنافية السلبية هي جوهر اضطراب النفس البشـرية، وغـالباً مـا نجد البشر ينـدفعون وراء تعـاطي الأدوية النفسيـة والمخدرات أو المشـروبات الكحـوليـة مں أجـل التخفيف المؤقت العـابـر عن هـذه

المشاعر السلبية التي تنتابهم أو يعيشون معها. لهذا فإن العلاج الانفعالي - العقلاني يعد رائداً واختصاصاً نوعياً في ابتداع الطرق والتمارين المناهضة للخجل (Ellis, Becker, Harper 1975) والتي في مقدور المعالج استخدامها واستثمارها على أوسع نطاق في علاج اضطرابات الخجل (تحقير الذات) عند المدمنين التي تتأتى عن الفشل وعدم القبول من قبل الناس المحيطين بهم وأيضاً عن مشاعر الدونية الناجمة عن الفشل في التغلب على عادة الادمان على الكحول أو الأدوية المخدرة واليك التمارين المناهضة للخجل والشعور بالدونية:

«اغمض عينيك وتخيل عملا تستطيع القيام به وتعده أمراً مخجلا، أرعن، أو يدعو للسخرية والاستهزاء، وتشعر بالخجل إن قمت بهذا العمل امام الناس. وهذا العمل لا أن يكون السير عارياً في الشارع لأنه يجلب لك متاعب حقيقية، ولاضرب أحد من الناس لأن هذا السلوك يزعجك، ويزعج الناس الآخرين. فالفعل المخجل الذي نتصوره ونقصده في هذا التمرين هو ذلك العمل الذي ترغب تنفيذه ولكن يتعين عليك الامتناع عن ذلك. أو أن تتصرف تصرفاً أحمق ولكن عادة لا تفعله. تخيل بحيوة هذا الفعل واستشعر بالخجل.

الآن أطلب منك أن تفعل هذا السلوك وتنفذه (تخيلياً) أمام الناس. وخلال تنفيذك لهذا الفعل أو العمل المخجل، تعامل مع مشاعرك بحيث لا تشعر أنك خجول، منزعج أو شاعر بالاهانة رغم أنك ترى أن الناس يضحكون عليك ويفكرون بشذوذ فعلك وتصرفك. تخيل هذا الفعل المخجل كأن تلبس ألبسة غريبة، وفي

الوقت نفسه تتعامل مع مشاعرك فلا تشعر بالخجل.

هل فهمت هذا التدريب؟ مارس هذا التدريب عدة مرات في الأسبوع أفعالا من هذا القبيل تخيلياً؟؟

عليك أن تطلب من مريضك أن يختار تمارين المواقف المخجلة لتكون هدف تعامله معها. وأن يتمرن على ازالة التحسس منها تخيلياً وحتى ميدانياً في عالم الواقع، كل تمرين عدة مرات، إلى أن يشعر زوال تحسسه من الموقف أو الفعل المخجل غير المقبول اجتماعياً

إذا وجدت أن لدى المريض المتعالج صعوبة في ابتداع تمارين تهاجم خجله الاجتماعي بنفسه. يمكنك أن تقترح عليه التالي:

أ ـ تمارين نافعة حساسة وعملية للتغلب على الخجل.

- لا تعط ندل المطعم أو السائق أي عطاء مادي اضافي إذا كانت خدماتها سيئة.
- ارتد الألبسة أو الملابس التي تعد غير متآلفة مع الأزياء الحديثة الدارجة أو الألبسة التي لا تصلح للاستخدام.
- ارتد الألبسة المريحة لك بدون أن تراعي المناسبات التي توجب ارتداء ألبسة معينة رسمية.
- أخبر صديقك أو أحد أقاربك أنك مدمن على الخمر أو المخدرات (عادة يخجل المدمن عن الافصاح عن علته وعادته المخجلة اجتماعياً).
- أخبر الناس عن الأفعال السيئة التي ارتكبتها عندما كنت تحت تأثير الكحول.

- اعترف بمخاوفك وبتصوراتك لبعض الناس الهامين.
- إذا كنت تدخن لا تقدم لفافة تبغ الى الشخص الذي تتحدث معه رغم أنك تعرفه أنه يدخن.

ب - تمارين مزيلة للخجل تبدو خرقاء لا معنى لها.
- تكلم بصوت مرتفع وأنت راكب باصاً أو حافلة مع شخص.
- صافح شخصاً باليد اليسرى.
- كل «سندويشة» وأنت تسير في الطريق.
- اقرع جرس دار جارك في وقت غير مناسب (مساء متأخراً أو وقت الظهيرة) لتطلب منه حاجة يمكن تأجيل طلبها لوقت مناسب.

٢ - التخيل العقلاني - الانفعالي:

التمرين الموجه للمشاعر بواسطة التخيل العقلاني - الانفعالي هو من ابتداع ماكسي مولستبي Maxie Maulstby. وقد تم تعديله ليكون أكثر تعبيراً وملاءمة للعلاج العقلاني - الانفعالي (Maulstby, Ellis 1974). وهذا التمرين يمكن استخدامه وتعليمه للمريض المدمن:

«اغمض عينيك (الكلام موجه للمريض المراد تعليمه هذا التدريب) وتخيل بحيوية وبأقصى ما تستطيعه من واقعية أسوأ شيء يمكن أن يصيبك - كالانتكاس ثانية نحو شرب الكحول أو المخدر - فتصبح مخموراً مدمناً على الكحول - أو المخدر - ثانية، ويتعكر صفو حياتك فتضطرب حياتك الزوجية، ويسوء الوضع في عملك. تخيل

هذا الموقف الكارثي تخيلا حياً هل استطعت تخيله بحيوية وكأنه شيء واقعي؟ إذا كان الأمر كذلك، الآن كيف تشعر حقاً؟ ما هي حقيقة مشاعرك».

هنا ينتظر المعالج حتى يفضي المتعالج بالمشاعر المنافية التي انتابته مثل: القلق، الكآبة، الغضب، الشعور بالذنب، أو تحقير الذات وذمها. اطلب من المتعالج المريض أن يعبر عن مشاعره الحالية الناتجة عن هذا التصور. بعد أن يحدد هذه المشاعر قل له التالي:

«حسناً. الآن بدّل مشاعرك وحولها لتكون مشاعر انزعاج، أو تأسف، أو احباط، بدل شعورك ليكون هذا الاطار الجديد من المشاعر المنافية الخفية يأخذ شكل الانزعاج، أو الاحباط، أو خيبة الأمل وليس شعور القلق والاكتئاب أو ذم الذات. في مقدورك التدريب على هذا التمرين بتغيير المشاعر المنافية القاسية الى مشاعر مقبولة الآن مارس هذا التدريب وأخبرني عندما تشعر فقط بمشاعر إحباط أو خيبة أمل وليس كآبة أو ذم الذات».

انتظر حتى يحدث التبديل المطلوب فيعبر عنه المريض المتعالج (بمعتقد منطقي عقلاني) فيحول العواطف المنافية الكارثية الى أخرى مقبوله. وعادة يستطيع المريض المتعالج اجراء مثل هذا التبديل في الانفعالات والسيطرة عليها تلقائياً ولكن إذا ما تعثر، عليك أن تمده بحديث مع الذات يكرره مناهض عقلاني مثل، «إنه لمن السوء حقاً أنني وبصورة جنونية وحمقاء عدت الى شرب الكحول، ولكن مع ذلك أنا لست في حالة يأس لأنني أقدمت على ذلك، الآن دعني أعود

الى الامتناع عن الشرب مرة ثانية.

عندما يتمكن المتعالج من استعادة الكلام - مع الذات - المنطقي الذي بموجبه يستطيع تبديل مشاعره والسيطرة عليها ووضعها في الصورة التي يرغبها، قل له التالي: «حسناً، كما شاهدت، في مقدورك حقاً أن تبدل مشاعرك، الآن الذي أطلبه منك خلال مدة ثلاثين يوماً القادمة هو أن تتدرب على هذا التمرين التخيلي مرة واحدة يومياً على أقل تقدير، في بادىء الأمر تخيل بحيوية موقفاً أو شيئاً سيئاً مثيراً لانزعاجك حدث لك، ومن ثم تمادى بالقدر المستطاع مع انفعالاتك في التفاعل مع هذا الموقف المزعج وتصعيد انفعالاتك وتوتراتك، أي القلق أو الكآبة أو كراهية الذات وذمها، والشفقة عليها، أو الشعور بالذنب. بعد ذلك بدل هذه العواطف المنافية القوية المضعفة للذات، والمقوضة للمعنويات بأخرى تكون أكثر ملاءمة وأقل ازعاجاً، كالشعور بالاحباط، وخيبة الأمل أو التأسف، أو الانزعاج. استمر في اضعاف العواطف والانفعالات السابقة القوية المؤذية فلا تتخلى عن مناهضتها بأحاديث مع ذات أكثر عقلانية الى أن تجد تحولا في مشاعرك نحو الأخف والأضعف والأكثر ملاءمة مع الموقف.

هلا أجريت هذا التمرين الآن بعدما تغادر العيادة ولمدة ثلاثين يوماً، وبمعدل مرة واحدة على الأقل يومياً، حتى تتحول هذه التمارين الى مهارات وعادات آلية تستبدل فيها للتو العواطف المدمرة الهازمة للذات الى انفعالات أقل ايذاء وأكثر ملاءمة وصحة نفسية. أرجو أن تكون جاداً في تنفيذ هذا التدريب بجهد صادق، ودؤوب مع توقعات

ايجابية في قدرتك على اجراء هذا التبديل العاطفي.

ينبه المعالـج المتعالـج أن في مقدور الأخـير أن يلجأ الى أسلوب الاثابة والعقاب بحيث إذا ما نجح في تطبيق التمرين فيعمد الى اثـابة ذاته بالشيء الذي يميل اليه ويرغبه كسماع موسيقى خاصة، أو تناول طعـام معين، أو ممـارسة جنسيـة مع زوجتـه. وان فشـل في التـطبيق فيعاقب ذاته بحرمان ذاته من الأمور والأشياء التي يرغبها.

٣ ـ الأحاديث مع الذات الايجابية التعاملية ذات الزخم القوي:

في رأي مبتدعي العلاج الانفعالي ـ العقلاني أن الأحـاديث مع الذات التعاملية العقلانية، والتي أتينا على ذكرها في الفصل السـابق ـ تبدو فعالة ومجدية عندما يكررها المتعالج المدمن (أو أي مـريض يعاني من اضـطراب نفسي) ويوحي لـذاته بهـا ايحـاء فعـالا (Ellis, Becker 1982). لذا يستطيع المعالج أن يدرب المتعالج المريض على التالي:

«ابتدع بنفسك بعض المقولات الذاتية التعاملية، أو بالاستعانة معي، وكرر هذه المقولات الذاتية على ذاتـك بقوة ايحـائية قـوية عـدة مرات حتى تشعر وكـأنها نقشت في ذهنك وحفـظتها عن ظهـر قلب. حذار من تكرارهـا ببغائيـاً، ولكن تمعن وعاين في كـل حكمة تقـولها وكـأنـك تـدخلهـا الى لاشعـورك وذهنـك قسـراً وبقـوة وتحس بكـل مشاعرك بصحتها وفعاليتها، فمثلا تقول لذاتك:

ـ أنا لا أحتاج الى تلبية كل ما أرغبه ولكن أفضل الذي أرغبه.

ـ غالباً ما سأظهر فطرتي الانسانية القـائمة عـلى ارتكاب الخـطأ وذلك من خـلال القصور في انجـاز أعمال هـامة. ومـع ذلك ورغم هـذا

القصور أستطيع أن أستمر بالشعور بالسعادة. وبالطبع أقل سعادة مما لو تمكنت من انجاز هذه الأعمال انجازاً تاماً ناجحاً.

- سيعاملني الناس بالطريقة التي يرغبونها وليست بالطريقة التي أرغبها. انه لأمر سيء.

٤ ـ الحوار مع الذات الفعال:

خلال تطبيق المعالج العلاج العقلاني ـ الانفعالي، يمكن تدريب المتعالجين المدمنين على خلق حوار مع الذات فعال ونافذ جداً بحيث أن الأصوات الداخلية اللاعقلانية تناقش مناقشة فعالة بأصوات داخلية وحوارات منطقية صائبة وهذه الحوارات القائمة بين الضدين (وعادة تكون مدتها بين ٣ ـ ٤ دقائق) يمكن تسجيلها على شريط صوتي، ومن ثم يسمعها المعالج ليس بغرض فقط معرفة مدى عقلانيتها وصوابها ولكن أيضاً مستوى فعاليتها وزخمها ونفوذها وقوتها الايجائية الاقناعية. والحوار التالي النموذجي يوضح القصد والغرض:

- الصوت الداخلي اللامنطقي: إنه لأمر ليس خطراً أو مجازفة بالنسبة اليَّ إذا ما رشفت بعض الخمر في جلسة سارة مع أصدقائي. إنهم يعلمون أنني أعاني متاعب ومشكلات الخمر والادمان، وبلاشك سيمنعونني من التمادي في شرب الخمر إذا ما تجاوزت كأسين.

- الصوت المنطقي العقلاني: «متهكماً إنهم سيمنعونني من التمادي! وبخاصة إذا كانوا مثلي يعانون مشكلات الادمان. الشقاء والبؤس يخيمان ويحبان الصحبة والرفاق.

- الصوت اللامنطقي: «قد يكون كذلك. ولكن بعد كل المتاعب التي واجهتها نتيجة الكحول (أو المخدر)، أصبحت أدرك تماماً أين ومتى سأكف عن الشرب، لذا بالتأكيد لن اتجاوز الكأسين».
- الصوت المنطقي: «أنه لشيء مضحك. ستكتفي في بعض الأوقات بهذا الحد من الشرب، ولكن هل دائماً ستكون كذلك؟»
- الصوت اللامنطقي: «ولكن حتى اذا أسرفت في الشرب صدفة، فما هو الضرر الذي سيلحق بي؟»
- الصوت المنطقي: إنه لأذى كبير سيلحق بك. من يعرف ما هو السوء ألذي ستقع فيه عندما تكون مخموراً؟ بل وحتى إذا لم تلحق بنفسك الأذى أو بغيرك في هذه المرة، فهل تضمن ألا يكون الضرر والأذى يتربصان بك في الشرب الثاني، أو الثالث، أو الرابع الى غير ذلك فما رأيك مثلا باصابة دماغية، مرض القلب، ايذاء الآخرين وسم ما شئت من هذه الأضرار.

في كل مرة تخاطر بالعودة الى الشرب وتقول لذاتك: «أستطيع الاقلاع عن الخمر فإنك تعزز تفكيرك اللامنطقي وبالتالي ترمي بنفسك في الطريق آجلا أم عاجلا هناك آخرون قد يكونون قادرين على الاعتدال في شرب الخمر، فلا يقعون في شرك الادمان ولكن لست أنت.
- الصوت اللامنطقي: أنا لا أدري، قد تكون على حق.
- الصوت المنطقي: من الجائز! أنا ملعون، كما برهنت على ذلك سابقاً في عدة مرات. «لا كلام فارغ، لا أشرب: طبعاً. كلا ولا واحد من هذه الأمور».

٥ ـ قبول الذات غير المشروط:

إن المعالجين الممارسين أمثال كارل روجرز (١٩٦١) أصحاب مدرسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشددون على أهمية اعطاء المدمنين بلا استثناء (وغيرهم من مرضى النفوس) ما نسميه قبول الذات غير المشروط. ونعني بذلك أن على المعالجين قبول المرضى من هذا الصنف وغيرهم على أساس كونهم ليسوا أشراراً ولا عدوانيين. فهم بشر، وينظر اليهم من هذا المنظار رغم اعتوار سلوكهم، وضعف الأنا عندهم (Bone 1968, Lazarus 1977, Miller, Becker, Ellis 1983) هدفهم أن يساعدوا هؤلاء على شفائهم وتقديم كل عون لهم لاسعادهم وتحسين سلوكهم الادماني.

والقبول الذي نعنيه هو قبول شخصيات المدمنين الكحوليين أو المخدرين، وليس قبول سلوكهم الادماني. فالسلوك الادماني هو المرفوض والذي يسعى المعالج الى تبديله بارشاد المريض وعلاجه.

والقبول كما رأينا ينطلق من مبدأ انساني هو أن الانسان منذ أن ولد أو خلق فهو مفطور على الخطيئة، غير معصوم عن الخطأ، وليس بالضرورة أن يكون المريض محبوباً أو مرغوباً لقبول علاجه وعندما يأخذ المعالج هذا الموقف من المريض، مهما كان نوع مرضه الادماني أو المرض النفسي، ويجهد المعالج أن يتعامل في العملية العلاجية وفقاً لهذا المبدأ، فإنه يبرهن للمدمن أنه مقبول عنده قبولا غير مشروط. ويعطي مثالا واقعياً على مثالية انسانيته، وسمو نفسيته مما يجعل المتعالج المدمن يقبل علاجه ويأخذ بارشاداته. وهذا يعني القبول

المتبادل الذي يضفي على العلاج صفة التفاعل والايجابية وهذا شرط من شروط نجاح العلاج أياً كان نوعه.

ومن خلال قبول المرضى لذواتهم لأنك لا ترفض شخصياتهم بل ولا تحبذ فقط سلوكهم وأفعالهم الادمانية، فهم يؤكدون ذواتهم تأكيداً على أساس أنهم قبلوا قبولا غير مشروط، وهذا ما ينعكس عليهم بالشعور بالقيمة الذاتية، وجديرون بالحياة والبقاء والتمتع بالحياة. وهكذا فأن فن العلاج في العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشجع على الشعور بقبول المريض واظهار هذا القبول له، في الوقت الذي يعلمه ويدربه على كيفية قبول ذاته. أي فلسفة قبول الذات. إن السؤال المطروح هو: كيف تعلم هذه الفلسفة؟ الجواب هو كالتالي؟ حيث تقول له:

أ ـ أنت تحمل «قيمة» تجاه الآخرين، ولنسم هذه القيمة أو التثمين بالقيمة الخارجية المنشأ Extrinsic worth، أي بما تقدمه وتفعله للآخرين. وأن القيمة التي تحملها الى الناس أو ما نسميه بالقيمة الداخلية المنشأ Intrinsic worth تتوقف على ذاتك، وبما تختار هذه الذات من قيمة الى الناس، أي بتعبير آخر بما اخترت أن تفعله وتقدمه من قيمة.

ب ـ في مقدورك قياس أو تقويم كل أداء من أداءاتك وانجازاتك على أساس أداء جيد أو أداء سيء وذلك عندما تحدد هدفاً ترغب في الوصول اليه. وعلى هذا إذا رغبت في اجتياز امتحان، يكون من السلوك الجيد أن تدرس وتجد لتنجح في الامتحان.

وبالعكس يكون السلوك سيئاً إن أهملت وتقاعست في الدراسة. الاَّ أن ذاتك ككل وبجوهرها تبدو معقدة في قياسها واعطائها الدرجة في عملية التقويم. فما هو المعيار الممكن الأخذ به واعتماده لقياس شخصيتك وذاتك عندما يصدر عنك الملايين من الأفعال خلال مسيرة حياتك حتى نهاية مطافها؟ بالطبع سيكون بعضها جيداً والآخر سيئاً، وأفعالا حيادية غير مبالية. فذاتك إذن قابلة للقياس من خلال ما تبديه مس أفعال وتصرفات، فلا تكون جيدة أو سيئة الاَّ إذا حددت معنى الفعل الجيد ومعنى الفعل السيء بالنسبة لعدد قليل من السمات أو الانجازات.

فعلى المستوى المثالي في مقدورك الاحجام عى تثمين ذاتك، أو بالعكس تعطيها تقديراً كلياً شاملا. فإذا كان هذا موقفك مى أفعال وأعمال ذاتك فإن أفضل طريقة تفعلها في عملية التقويم هي أن تجزم بقولك: «أنا انسان جيد لأنني موجود بفضل كوني حياً».

جـ - بصرف النظر عن عدد الأفعال السيئة التي ارتكبتها، فأنت تكون شخصاً سيئاً فقط إذا:

١ - ارتكبت دوماً أعمالا سيئة دون سواها

٢ - إذا ما فطرت لتقوم بأعمال سيئة في جميع الأوقات مستقبلا

٣ - إن الاله الذي يسير هذا الكون قد حرمك مى متعة الحياة، ولديه القوة ليرميك في جهنم خالداً فيها أبدا

وبما أن جميع الشروط السالفة الذكر التي يتصف بها الانسان

السيء هي مستحيلة أن نـراها في شخص مـا، فأنت لن تكـون شخصاً سيئاً بسوء مطلق. وبالمقابل فإنه من المستحيل أن تكون جيداً تتوفر فيك جميع الصفات الحميدة التي عادة مـا يتصف بها الأنبيـاء، لذا فـأنت مجبول بفـطرتك وبتكـوينك عـلى ارتكـاب الخطيئة كأي انسان على وجه هذه البسيطة

لذا تستطيع إذن أن تكف عن تقويم ذاتك على أساس مطلق وكمال، فلا أنت جيد جوداً مطلقاً ولا سيء بسوء مطلق. وهذا ما يجعلك تؤمن بأنك لست شريـراً ولا نبياً، وتقبـل ذاتك عـلى أساس انسان فطر على ارتكاب الخطيئة وأيضاً فعل الخير

د ـ إن الهـدف من تقويم ذاتـك أو شخصيتك يتحـدد فقط في اظهـار أنَّك أفضل من الآخـرين، وافتراضـاً أنك متفـوق عليهم. وما لم تكن حقاً كاملا، فإن هـذا النوع من التقـويم كثيراً مـا يجلب لك الحزن والقلق. لذا فان هدف حياتك الحقيقي هـو أن تمتنع لا أن تقوّم ذاتك.

٦ ـ لعب الدور في العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

من المعـروف أن تقنيـة لعب الـدور واستثمـارهـا في العـلاج السلوكي ابتدعها السيكـولوجي مـورينو (١٩٦٥). وهي تقنيـة ذات نفع علاجي فعال في التعبير عن المشاعر وكشفها واظهارها وتفريغها، ويمكن استخدامها بفعالية في العلاج العقلاني ـ الانفعالي.

إن لعب الدور المعدل في العلاج العقلاني ـ الانفعـالى يلح على أن المعتقـدات الخـاطئـة عنـد المـريض هي المسئولـة عن انفعـالاتـه

المضطربة المرضية، لذا فإن لعب الدور يتناول هذه المعتقدات ويصححها. كما وأن لعب الدور يساعد المريض على التصرف تصرفاً أكثر فعالية في الحياة الواقعية بتكرار تلك الأدوار لترسيخ السلوك التكيفي المطلوب المرغوب. ولنوضح القصد والغرض نضرب المثال التالي الذي بامكان المعالج أن يعدله حسب الغرض العلاجي خلال علاج المريض المدمن:

- المعالج: أنت الآن تهم في العلاج للاقلاع عن شرب الكحول (أو المخدر إذا كان المريض يتعاطى المخدر). دعني أساعدك لتحصل على عمل واعدك لتنجح فيه قلت لي إنك تشعر بالقلق حيال المقابلة التي يفترض أن تجريها مع رب العمل أو رئيس الشركة الذي ستقدم اليه طلب العمل، لا سيما بعد انقطاعك الطويل عن العمل بفعل ادمانك على الكحول (أو المخدر). أليس هذا صحيحاً؟
- المريض: بالطبع أنا أشعر بالقلق في كل مقابلة عمل قد أدعى لاجرائها أجد صعوبة بما يجب علي أن أتكلم في المقابلة
- المعالج: حسناً، لنقم بعملية لعب الدور في مقابلة نموذجية لنرى كيف تتصرف وتتعامل مع قلقك، وبالتالي تقدم انجازاً جيداً ناجحاً في المقابلة. فأنا هنا سألعب دور رب العمل الذي سيجري المقابلة معك، وأنت طالب العمل.
- المريض: هذا شيء جيد.
- المعالج: السيد محمود أترغب في العمل في هذه الشركة كرئيس مستودع؟ هلا عرفتني عن نفسك ومؤهلاتك؟ ولماذا تعتقد أنك كفؤ للعمل الذي تقدمت بطلب لاشغاله في هذه الشركة؟

ـ المريض: نعم أنا آ آ (اضطراب في الكلام وتعثره) أعتقد آ بامكاني القيام بهذا العمل. وأقصد أنا آ آ (اضطراب وتعثر).

ـ المعالج: أرأيت كيف أنك على درجة كبيرة من التوتر والاضطراب؟

ـ المريض بصعوبة كبيرة الفظ العبارات وأنطق بها. في الواقع أنني أرغب في الحصول على ذلك العمل.

ـ المعالج: كثيراً جداً: بماذا حدثت نفسك في هذه اللحظة الأمر الذي جعلك مضطرباً متوتراً.

ـ المريض: دعني أفكر بماذا تكلمت مع ذاتي؟: قلت لذاتي: الواقع أنني أرغب هذا العمل وأطلبه. فبعد هذه المدة الطويلة التي توقفت فيها عن العمل بسبب تعاطي المشروب، يتعين عليّ أن أحصل على هذا العمل من أجل أن أرد الاعتبار الى نفسي وأسترجع ذاتي المفقودة.

ـ المعالج: حسناً هذا الذي جعلك تضطرب وتقلق. وأقصد التفكير الاحتياجي أي لأنك قلت لذاتك «أنا بحاجة لهذا العمل ويتعين عليّ الحصول عليه». لنفترض أن يكون كلامك مع ذاتك أنك ترغب هذا العمل كثيراً فلماذا فرضت على ذاتك الحاجة.

ـ المريض: فهمت ما تقصده. يتعين عليّ ألّا أقول لذاتي أنني بحاجة اليه حاجة مطلقة، رغم أنه لمن حسن حظي لو حصلت عليه.

ـ المعالج: هذه حقيقة. ولكن حصولك على هذا العمل لن تسترجع ذاتك فيه

ـ المريض: أنا لا أرغب أن أسترجع ذاتي السابقة المخمورة.

فالتهالك على الشرب هو سلوك ضال فاسد ولكنه لم يجعلني شخصاً فاسداً

ـ المعالج هذه حقيقة. أنا سعيد أنك ترى ذاتك بهذا المنـظار إنه لمن الجميـل إذا ما حصلت عـلى هذا العمـل. الاَّ أن الحصول عليـه لا يضفي عطراً على ذاتك.

ـ المريض: هذا صحيح لذا لست بحاجة الى استرداد أو افتداء، بـل الى عمل جيد.

ـ المعالج: أنت ترغب فيه ولكن ليس حاجة.

ـ المريض: نعم. أنها رغبة في هذا العمل.

ـ المعالج: حسناً. الآن بعدما صححت المعتقد الخاطىء «وهو حاجة وحولته الى رغبة» فكيف تشعر الآن.

ـ المريض: أشعر بتضاؤل القلق.

ـ المعالج: أعتقد ذلك. الآن عد إلى لعب الدور الذي نحن بصدده. يا سيد محمود، فهمت أنك ترغب في العمل في هذه الشركة كرئيس مستودع. هلا عرفتني عن نفسك ومؤهلاتك؟ ولماذا تعتقد أنك كفؤ للعمل الذي تقدمت بطلب اشغاله في هذه الشركة؟

ـ المـريض: لقد درست محـاسبة المستـودع في دورات خاصـة وعندي خبـرة خمس سنوات في هـذا الميـدان المهني، وأحب هـذا العمـل، والواقع أرغب في تجريب هذا العمل ثانية.

ـ المعالج: وجدت في طلبك أنك عاطـل عن العمل منـذ سنتين، فـما هو السبب؟

ـ المريض: بإمكاني أن أكذب وأقـول لك أنني خـلال هذه المـدة كنت

ملتحقاً في دراسة الاّ أنك ستعرف الحقيقة من آخر رب عمل عملت عنده، لذا سأعطيك التفسير لهذا الانقطاع حتى الأشهر الستة الماضية كنت متهالكاً على شرب الخمر وهذا ما جعلني أفقد عملي الأخير وأتوقف عن طلب أي عمل. الاّ أنني في الأشهر الستة الأخيرة توقفت عن الشرب نهائياً وأنا مواظب على العلاج. لذا فأنا في حالة تمكنني من استعادة العمل بجد ونشاط.

ـ المعالج: حسناً أنت تفعل فعلا جيداً. لقد أضحيت أكثر سيطرة على أعصابك. لكن لاحظ وراقب اتجاه نظراتك. أنت تنظر الى الأسفل وليس اليَّ. ولكن لا ترى مانعاً من أن أتصل بمعالجك لأتأكد من أقوالك وأنك الآن في حالة تسمح لك بالانخراط في العمل.

ـ المريض: هذا شيء منطقي، وفكرة مقبولة

هذا ومع الاستمرار في لعب الدور الذي أتينا بجزء كبير منه كمثال، في مقدور المعالج أن يساعد المريض المدمن في الكشف عن مشاعره والتعبير عنها، وبالتالي الكشف عن المعتقدات الخاطئة ومعاكستهاومناهضتها وتصحيحها، بما يكفل ازالة مشاعر الاضطراب التي يكون مصدرها التفكير اللاعقلاني التحتي. فلعب الدور يكشف ذلك ويسمح للمريض بتكرار السلوك المناسب التلاؤمي الذي يحل مشكلاته، مثل طلب الحصول على العمل، احكام ارتباطه مع أفراد أسرته والنجاح في دراسته وغيرها.

٧ ـ النكتة والفكاهة كأسلوب علاجي:

يشجع العلاج العقلاني ـ الانفعالي استخدام النكتة والمزاح من

أجل اضعاف المعتقدات الخاطئة عند المدمن الجدي المفرط في جديته وعبوسه فالعلاج العقلاني ـ الانفعالي، من هذه الوجهة، يرى، أن الاضطراب الانفعالي عند الناس يعود بجزء كبير منه الى كونهم ينظرون الى أفكارهم نظرة صارمة ومبالغة في الجدية بحيث يفقدون الشعور بالنكتة والمزاح والمرح، ويتعثرون بالصورة التي يتكيفون مع حياتهم (Ellis 1987).

تعد الدعابة والمزاج المرح الميال للنكتة ترياقاً مضاداً للاضطراب والسلوك الجبري نظراً لأن في الدعابة انفعالا قوياً اضافة الى عنصر فكري معرفي.

فصاحب النكتة أو الدعابة في مقدوره اخراج المريض من عادة أفكاره الانهزامية الذاتية وبدفعه الى فعل يناهض السلوك الادماني. وعلى غرار القصص، والقصائد، فالدعابة فيها عنصر مناظرة ومجاز ينفذان وراء التفكير العادي، لذلك فالدعابة تتضمن عنصراً انفعالياً عاطفياً قوياً في مناهضة الاضطراب النفسي وتفتيته.

يعد العلاج الانفعالي ـ العقلاني الرائد في استخدام الأغاني الفكاهية المرحة العقلانية عند علاج المدمنين وغيرهم من مرضى النفوس وهذه الأغاني غالباً ما تعطى للمتعالج على أساس تمارين بيتية ينفذها الأخير (المريض المدمن على الكحول أو المخدرات) كيما يغنيها عدة مرات لنفسه عندما ينتابه القلق والاكتئاب، وتحمله الضعيف للاحباط على ايقاظ النزوع نحو الشرب (أو تعاطي المخدر) أو يبقيه مدمناً (Ellis 1987) واليك بعض الأغاني التي يراها أصحاب

العلاج العقلاني ـ الانفعالى فعالة في تبديل البنية المعرفية اللاعقلانية عند مرضى الادمان.

أ ـ المشروب أنا دوماً أفكر فيك

ـ أيها المشروب: أنا دوماً ذهني مشغول فيك.

ـ أيها المشروب: سأرفع صوتي ليسمعه العالم أجمع أنني أحبك.

ـ لا تنسى وعدك لي.

ـ أستطيع أن أشرب بدون أن أغرق في شفير الهاوية.

ـ أواه أيها المشروب بصحبتك أستعذب قيادتك فلا أعرف الكرب.

ـ بواسطتك أفعل وأقول.

ـ هناك شيء واحد فقط أحب أن أقوله لك.

ـ أواه أيها المشروب النتن هذا أنت.

ب ـ أيها الرباط الجميل، لماذا يجب أن ننفصم وننفصل.

ـ عندما تقاسمنا حياتنا كلها منذ البداية.

ـ اعتدنا أن نأخذ ونسير في طريق واحد معاً.

ـ يالها من جريمة إذا حدث الطلاق بيننا

ـ أيها الرباط الجميل، لا تبتعد ولا تغرب عن ناظري.

ـ من سيكون رفيقي إذا لم تكن بجانبي.

ـ ورغم أنك مازلت تجعلني بمنظر المهتز

ـ فإن الحياة بدونك ستكون مليئة بالعناء.

ـ الحياة بدونك ستكون مليئة بالجهد والعناء.

جـ ـ أنا مسعور بالمشروب.

ـ أواه، أنا مسعور بالمشروب.

ـ والشرب مسعور بي.

ـ وعندما أشرب الخمر أظل متحفظاً بطرفة عين.

ـ نحو الأخطار التي تهددني.

ـ أواه كم أنا مغرم مسعور بالشرب.

ـ فاشتري التفكير الكريه.

ـ إذا ما رغبت بالحماقات أن أفتخر بها.

ـ وفي الاسراف في الشرب سأبني كوخي

ـ ولن أعود أبداً.

ـ حتى أموت وأموت واتفتت.

الفصــــل الثامــن

التقنيـات السلوكية النـوعية التي يستخـدمها العـلاج العقلاني ـ الانفعالي في علاج المدمنين

كما سبق وذكرنـا، أن العلاج العقـلاني ـ الانفعالي العـام وغير المختص هـو في الواقـع مرادف للعـلاج السلوكي المعرفي (Cognitive behavioral therapy لذلك فهذا العلاج يستخـدم الكثير من الـطرق والأسـاليب العلاجيـة السلوكية الشـائعة الاستعمـال التي تطبق عـلى المدمنين على الكحول أو المخدرات (Bellack, Hersen, Ellis 1985) .

إن الـطرق السلوكية التـالية لا تقـدم فقط العـون والمسـاعـدة للمدمنين لكي يقلعوا عن إدمانهم وشفائهم منه، ولكنها أيضـاً تضعف الى حد كبير منطقهم وتفكيرهم اللاعقلاني غير الصحيح وما يصاحب عادة مثل هذا التفكير الخاطىء من انفعالات وعواطف منافية.

نـذكر هنـا بعض التقنيات العـلاجيـة السلوكيـة التي يمكن أن يأخذ بهـا المعالـج الذي يتبـع أسلوب العلاج العقـلاني ـ الانفعالي في ميدان علاج الادمان بأشكاله المختلفة.

١ ـ ازالة التحسس ميدانياً (على الواقع) Vivo desensitization :

غالباً ما نطبق في العلاج السلوكي والعلاج المعـرفي ـ السلوكي طريقة الدكتور النفسي العالمي الشهرة، والذي اليه يـرجع الفضـل في خلق الثورة العلاجيـة السلوكية العمـلاقة هـو جوزيف ولبي Joseph

وهذه الطريقة أسماها ازالة التحسس المنهجي Systematic Wolpe Desensitization أو التثبيط المتبادل Reciprocal (Wolpe 1956) Prohibition وهذه الطريقة هي تخيلية الى حد كبير، وتعتمد على تقنيات الاسترخاء. ويفضل العلاج العقلاني ـ الانفعالي تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، أي في واقع الحياة كما تبدو المشكلة ويعيشها المريض في حياته. ولكن هذا لا يعني أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يرفض ازالة التحسس تخيلياً على طريقة جوزيف ولبي فالتخيل هام جداً، وله التأثير نفسه في ازالة التحسس ميدانياً في كثير من الحوادث. وحتى العلاج التخيلي في ازالة التحسس كثيراً ما يكون تمهيداً جوهرياً لازالة التحسس كما تبدو المشكلة في واقع الحياة. ولطالما نحن في الكلام عن علاج الادمان بمواده المختلفة وأشكاله الادمانية، فإن التقنية التي نحن بصددها ونقصد العلاج العقلاني ـ الانفعالي تفضل أن يكون ازالة التحسس عند المدمن من مشكلته بالتطبيق الميداني، وأيضاً في علاج الأمراض الأخرى (Ellis, Harper, Becker 1982). ونحن نعلم أن العلاج التخيلي يحتاج الى حد مقبول من القدرة التخيلية عند المتعالج ليستطيع ازاله التحسس من مشكلته تخيلياً، بينما ازالة التحسس ميدانياً لا تحتاج الى قدرة تخيلية مناسبة لانجاح العملية العلاجية. وعلى الرغم من أن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشجع المرهوبين (المصابين بمرض الرهاب) بالمجازفة في الركب بالمصاعد (رهاب المصاعد) أو في السير أو الجلوس في الأماكن المكتظة بالناس (رهاب الساحة) حيث تكون مخاوفهم من هذه المواقف هي غير عقلانية، الاّ أن هذا العلاج لا يشجع المدمنين

الـذين يخافـون ـ على مستـوى الواقـع ـ في الشـرب أو الـذهـاب الى المنتـديات والحـانات التي تبيـع الخمور، والجلوس هنـاك مع رفـاقهم وزمـرتهم من الرهـوط المدمنـة بل عـلى نقيض ذلك، ينصـح هؤلاء بالابتعاد عن رهوطهم المدمنة التي عاشروها وانسـاقوا معهـا في تدعيم وتعزيز عادات شرب الكحول أو تعاطي المخدر لأنهم يكونون عرضة للانتكاس.

وفي الوقت نفسه، عندما يتوقف المدمن عن شـرب الكحول أو تعاطي المخدر، ويبدي استعداده للتعامل مـع قلقه الأصـلي ومخاوفـه التي قادته الى الادمان، حينئذ فإن العلاج العقـلاني ـ الانفعالي يلجـأ الى تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، فيشجع المدمن عـلى إزالة وتخـطي قلقه ومخاوفه (أي مواجهتهـا وإزالة التحسس منهـا كما تـظهر في واقـع الحياة). وهكذا ففي مقدور المعالج تشجيع المريض المتعالج بالتفتيش عن عمـل يكسب بـه قـوتـه، أو الـذي يعـاني القلق في التكلم أمـام الجمهور أو الناس أن يخاطر فيقـدم على التفتيش عن عمـل أو التكلم مع الجمهور الى أن يدرك أن هذه الأشياء التي يتحداهـا ويتصدى لهـا (مخاوفه) قد خفف تحسسه وقلقه منها. وعلى المعالـج أن يتذكـر دوماً، عند تطبيق ازالة التحسس ميدانياً، إن المدمـنين الذين يتعـالجون هم عرضة للضعف والخور، وبالتالي قد ينكسون نحو الشـرب ثانيـة أكثر من غيـرهم من المرضى غـير المدمـنين. لذا يتعـين عليـه أن يعـالجهم بعنـاية ورقـة وبتعريض أقـل عنفـاً (يقصـد هنـا التعـريض القاسي للموقف المخوف) من أولئك غير المدمنين.

٢ ـ ازالة التحسس الاغراقي بدون تدرج Implosive Desensitization:

يميل العلاج العقلاني ـ الانفعالى الى ازالة التحسس الميداني ازالة اغراقية، أي من خلال تعريض المدمن للموقف الذي يثير توتره وتخوفه تعريضاً دفعة واحدة وبدون تدرج Flooding or implosive. مثلا، إن المريض المدمن الذي يخاف ركوب المصعد الكهربائي، عليه أن يبقى فيه صعوداً وهبوطاً بحدود ٢٠ مرة يومياً، أو يركب المصاعد الكهربائية بالمعدل نفسه من المرات بحيث يتمكن وبسرعة وبفعالية من اضعاف خوفه وبالتالي يقاوم مخاوفه اللاعقلانية. وكما ذكرنا سابقاً فيما يخص ازالة التحسس ميدانياً، أن هذه التقنية التعريضية للموقف المخوف، أي التعريض بدون تدرج، تبدو قاسية عنيفة بالنسبة للمدمنين الكحوليين أو المخدرين نظراً لأنهم ضعفاء الأنا، ودرجة تحملهم للشدات تكون منخفضة (تحمل ضعيف للاحباط)، لذا يجب استخدام هذه التقنية بحذر وبحكمة، والا يفضل التعريض التخيلي أو المتدرج الميداني، وعموماً فإن المرضى الذين أبدوا رغبتهم في تجربة هذا التعرض العلاجي، والذين قطعوا شوطاً جيداً في الامتناع عن الشرب أو تناول المخدر، أو لفترة طويلة نسبياً، في امكان المعالج أن يستخدم هذه التقنية.

ويضرب لنا الدكتور أليس مثالا على فعالية العلاج الاغراقي:

إمرأة كحولية ظلت لمدة سنة تقريباً ممتنعة عن تناول الكحول، ولكنها مازالت تعاني من الخوف من التكلم في الصف خلال اعطاء الدروس أمام الطلاب أعطيت لها تدريبات بأن ترفع يدها للكلام

والتعليق عدة مرات خلال محاضرات في علم النفس. وعندما أجبرت على تنفيذ هذه التدريبات رغم شعورها بالقلق، استطاعت التخلص من خوفها المرضي وذلك خلال فترة ستة أسابيع ومس ثم تطوعت من تلقاء ذاتها بتعريض ذاتها لهذا الموقف بحيث تمكنت أيضاً من أن تخمد خوفها من الذهاب الى حفلات الرقص وغير ذلك من النشاطات والهوايات الجماعية

٣ ـ التعزيز والعقوبة:

يستخدم العلاج السلوكي وأيضاً العلاج العقلاني ـ الانفعالي أساليب الاشراط الاجرائي والتعزيز لمساعدة المرضى المدمنين على الاقلاع عن ادمانهم والابقاء على هذا الكف بصورة مستمرة (Ber-nard1986) ووفق الأسلوب العلاجي المنهجي المتبع مع المرضى المدمنين، تبرم العقود بين المعالجين والمتعالجين فلا يسمح للآخرين عادة بممارسة نشاطات سارة الا بمعرفة وارشاد المعالج، مثل قضاء عطلة سارة وغيرها وذلك بعد كفهم عن تعاطي الكحول (أو المادة المخدرة). إن مثل هذا الاجراء غالباً ما يساعد المدمن، ولكن ليس بالقدر مس التعزيز الذي يساعد عادة المرضى غير المدمنين. ذلك أن كثيراً من المدمنين يحصلون على كثير مس المسرة الآنية وراحة مؤقتة من القلق عندما يقبلون على تعاطي الكحول أو المخدر (وخاصة الكوكايين أو الهيروين)، لذا فإنهم لا يميلون الى لذة بديلة عن الخمر بسبب الفوائد والمسرات العديدة التي يحققها لهم الخمر عند شربه. لذا فإن كثيراً من التعزيزات العادية التي يستخدمها المعالج في علاج

العصابات النفسية قد لا تكون مفيدة ولا مجدية إذا ما طبقها في علاج الادمان.

ومع ذلك فإن في مقدور المعالج عند ابرام العقد العلاجي مع المتعالج المريض المدمن، أن يتضمن العقد السماح له بالذهاب الى منتجعات الاستجمام، والقراءة والاستمتاع بالموسيقى، أو النشاطات الأخرى التي يميل اليها ويحبها بعد اقلاعه عن الكحول أو المخدر.

في بعض الأحيان تكفي مثل هذه التعزيزات التي تأتي كاثابة للمريض على الكف عن الشرب أو المخدر، أما إذا لم تكن مثل هذه التعزيزات كافية، ففي امكان المعالج اللجوء الى التقنيات الأخرى الخاصة بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي المذكورة في هذا الكتاب.

لعل أفضل طرق الاثابة والتي غالباً ما يلجأ اليها المعالج عند علاج المدمنين الصعبين شريطة أن يقبلوا هذه الطريقة، بانزال عقوبات صارمة بحقهم ينفذونها إذا ما عادوا الى شرب الخمر أو تعاطي المخدر. وهذه العقوبة تقضي بدفع مبلغ معين من المال الى جهة معينة (لجنة خيرية، أحد أفراد أسرة المريض وغير ذلك) شريطة أنه يراقب المعالج تنفيذ هذه العقوبة فلا يترك ذلك الى ذمة المريض ووجدانه. تنفذ هذه العقوبة مباشرة بعد نكسه وعوده الى الشرب أو تناول المخدر والعقوبة نفسها يمكن تطبيقها على المدمنين عند علاج مشكلاتهم الأخرى، فمثلا يطلب من المتعالج المدمن أن يحرق أمام المعالج مبلغاً من المال يحدده هذا الأخير في كل مرة يرفض التفتيش عن العمل، أو الانخراط في المجتمع أو الالتحاق بدورة تثقيفية أو

مهنية هامة. وبهذا نجد أن المعالج يطبق العقوبات المناسبة للتعامل مع قلق الأنا عند المريض المدمن، وقلق الانزعاج وذلك من أجل محاربة ومناهضة الأنماط المختلفة من سلوك الاحجام غير السوي، وبخاصة السلوك الذي يلتصق التصاقاً هاماً بالادمان. كما أن في مقدور المعالج مناهضة تصغير الذات وتحقيرها حيال ادمان المريض (وازاء أي شيء آخر) وذلك من خلال تعزيز المريض ذاته ببعض الأشياء السارة بعد أن يمتنع عن هذا التصغير، ومعاقبة ذاته بشدة إن هو عاد الى ذم نفسه في كل مرة.

٤ ـ منع حدوث الاستجابة:

وجد العديد من المعالجين السلوكيين أنه في حال وجود نزوعات جبر قوية Compulsion عند مرضى الادمان فإن أفضل تقنية يمكن اتباعها هي أسلوب منع حدوث الاستجابة؛ أي رصد المدمنين والسيطرة عليهم لفترة من الزمن بحيث يجدون أنه من المستحيل أن يتعامل المدمنون من جديد مع المسكرات أو المخدرات (Marlatt, Gordon 1985).

إن العلاج العقلاني ـ الانفعالي يشجع على تطبيق هذه التقنية، وبخاصة إذا ما فشلت التقنيات الأخرى في منع المريض من التوقف عن تعاطي المخدر أو المسكر، والابقاء على اقناعه (Ellis 1981).

تطبق تقنية منع حدوث الاستجابة بأن يوافق المريض على ادخاله الى المستشفى حيث يراقب مراقبة شديدة كيما لا تصل اليه أية

مادة مخدرة أو مسكرة، وحتى إذا ما طبقت هذه التقنية في داره فأيضاً يوضع تحت المراقبة الشديدة فلا يستطيع الحصول على مطلبه من المخدر أو المسكر وتكون المراقبة إما من قبل أفراد أسرته أو الهيئة المشرفة على علاجه لعدة أيام أو أسابيع. وعندما يخضع الى هذا النوع من الحرمان المراقب الفعال، فإنه قد يصبح قادراً على الكف عن التعاطي من خلال مراقبة ذاتية.

٥ ـ منع حدوث الانتكاس:

يمكن الأخذ بطريقة مارك توين Mark Twain التي تعالج الادمان على الدخان (التبغ) في علاج الادمان بعد تعديلها لتكون المقولة بدلا عن التبغ: «أنه لمن السهل التوقف عن التدخين، طبقتها مئات المرات». إن منع الانتكاس هو جزء هام من العلاج العقلاني ـ الانفعالي في برنامجه المضاد للكحولية وللادمان على المخدرات (Ellis, Velten 1986). من المعلوم أن مسألة منع حدوث النكس Relapre هي مسألة معرفية، انفعالية وسلوكية فعلى المستوى المعرفي يتعين على المعالج تعليم المدمن واعداده مسبقاً لامكانية مواجهة الانتكاسات وذلك بمعاينة أفكاره اللاعقلانية التي هي سبب النكس ورصد هذه الأفكار مثلا كأن يقول ذاته «أستطيع تطبيع ذاتي لتأخذ قليلا من المشروب أو المخدر». وبالتالي يتعين عليه مناهضة هذا المعتقد الخاطىء بما يدحضه.

أما على المستوى الانفعالي فعلى المعالج دفع مريضه على استخدام الأحاديث مع الذات التعاملية المنطقية تعاملا فعالا مثلا

«بسهولة أنكس فأعود الى السكر إذا لم أكن محترساً دوماً وبصورة مستمرة». على المستوى السلوكي، يشجع المعالج المريض على استخدام العديد من التقنيات التالية:

أ ـ ضبط المنبهات والمحرضات: الابتعاد دوماً عن أصدقاء الخمر والمخدرات وعدم مصاحبتهم ومجالستهم. وأيضاً هجر الحانات نهائياً وأمكنة بيع المخدرات والمسكرات. وغير ذلك من الأشخاص والأمكنة المنبهة لنزوع الشرب أو تناول المخدر.

ب ـ اللجوء الى التعزيز: السماح بممارسة بعض المسرات كوسائل تعزيز لمنع الانتكاس.

جـ ـ فرض العقوبات: اللجوء الى انزال عقوبات قاسية بحق المريض المدمن في كل مرة ينتكس فيشرب أو يتعاطى المخدر

د ـ ايجاد البدائل: خلق وسائل ومنافذ تسلية ومسرة لتحول دون التفكير بالمخدر أو المسكر (أي نشاطات ممتعة بديلة عن مسرة الخمر).

هـ ـ استخدام التشتيتات البدنية: ونقصد هنا جعل المدمن يمارس الاسترخاء، وتمارين التنفس الاسترخائية، والرياضة وغير ذلك من النشاطات البدنية التي تبعده وتشتت ذهنه عن الدافع نحو الشرب أو تناول المخدر، كما وأن هذه النشاطات تحول انتباه المدمن عن مراقبة قلق الأنا، وقلق الانزعاج وعن تقريع الذات وادانتها بسبب الشرب أو تعاطي المخدر

و ـ تناول الدواء التنفسي. إذا تطلب الوضع، على المعالج أن ينصح بتناول المريض المتعالج ولفترة عابرة، وتحت مراقبة طبية، الأدوية

المضادة للقلق والمضادة للاكتئاب التي تساعده على التخفيف من الميل الى الانتكاس.

٦ ـ التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات:

عني العلاج العقلاني ـ الانفعالي منذ بدء ظهوره كعلاج حديث في الأخذ بتقنيات التدريب على اكتساب المهارات. وبخاصة المهارات الاجتماعية في سياق مراحل علاج مرضى النفوس أو ضحايا المخدرات والمسكرات (Ellis 1956, 1979). والسبب في ذلك يعود الى أن هذا النوع من العلاج لا يعنى فقط عناية شاملة بتبديل معتقدات المريض اللاعقلانية ونتائجه الوظيفية السيئة السلوكية والانفعالية، ولكن أيضاً يهتم بالمواقف المحرضة الباعثة على الأفكار اللامنطقية، أي الحوادث المنشطة الخارجية وتدريب المتعالج على تبديل هذه المحرضات أو الحوادث المنشطة التي نرمز اليها كما تعلم بالحرف (أ ـA).

ثم إن هذا العلاج غالباً ما يعلم مرضى الادمان محل اكتساب مهارات التفاعل والاتصال مع الغير، وتأكيد الذات، والمهارات الاجتماعية والوالدية وغير ذلك من التدريبات التأهيلية واضافة الى ذلك يتعين على المعالج تدريب المريض المدمن على أسلوب حل المشكلة واتخاذ القرار مثلا كيف يمكنه الاحتفاظ بعمله، واختيار المهنة الملائمة الجيدة، وأي مشكلات أخرى تعترض حياته وتستوجب حلها باتخاذ القرار الملائم. ونافلة القول كلما درب المعالج مريضه على طرق حل مشكلاته والموترات التي تعترضه وسلحه

بالمهارات التعاملية التكيفية مع كـل ما يعترضه من متاعب حيـاتية، أضعف عنـده التوتـرات والمحرضـات التي هي المسئـولـة عن نكسـه وتعاطيه الخمرة، وهذا مـا نسميه بـالتقنيات الـرامية الى تلقيحـه ضد التوترات والشدات Stress Inoculation Therapy .

الفصـــل التاســـع

الاجراءات العلاجية للمدمنين على الكحول والمخدرات بتقنية العلاج العقلاني ـ الانفعالي

إن المتخصصين السيكولوجيين المحترفين الذين عالجوا الاعداد الكبيرة من مرضى الادمـان على المخـدرات والكحول يعـرفون أنـه لا يقتصر علاج هؤلاء فقط وبكل بساطة على تبديـل المعتقدات الخـاطئة وما تستجد من اضطرابات انفعالية وسلوكية، وذلك خـلال جلسات عـلاجية تقتصر فقط عـلى هـذا المعتقـد الخـاطىءالكي يحصلوا عـلى تبـديـل رئيس في حيـاة هؤلاء المـرضى، بـل هنـاك الى جـانب ذلـك مشكلات يحملها هؤلاء عبر سنين طويلة نتيجة الادمان وتكون جـزءاً من متاعبهم اليومية. وخلال عملية تطور هذه المشكلات وتعـاظمها، نجد مشكلات أخرى تظهر وتنشأ مثل وجود ميول سابقـة نحو أفكـار قاهرة للذات، ومشـاعر وتصـرفات فيهـا طابـع المبالغـة. وفي الوقت الذي يكون الهدف العلاجي الأول هو تبديل سلوك المريض الادماني اللاتكيفي من أجل ضمان التقدم العـلاجي الآخر كـما وأن تبديـل الحديث مع الذات، والافتراضات التحتية غير الظاهرة التي تؤدي الى الادمان هما أمر هام جـداً، نجد الى جـانب ذلك قضـايا ومشكـلات أخرى غالباً تمس مساً وثيقاً العلاج وتؤثر على مسيره.

وهـــذه المشكـلات أو القضـــايـا تتضمن مشكـــلات مهنيـة، وصعـوبات طبيـة أو مشكلات أسـريـة. أمـا القضـايـا الأخـرى هي

انخراط المريض في رهوط وزمر تساعد ذاتها، وعلاج المشكلات السيكاترية والسيكولوجية التي تعترض الشفاء من الادمان وتعقده.

في فهم جميع هذه المشكلات وما تستجرها من علاجات نجد أن المنظور العقلاني ـ الانفعالي للاضطراب الذي يصيب الانسان يبدو عملياً وقابلا للتطبيق.

١ ـ مراحل المعالجة:

بغرض تقديم قضايا علاجية وتدبرية مختلفة متنوعة وذلك وفق أسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي لصالح مرضى الادمان على الكحول والمخدرات، من المفيد مراجعة العملية العلاجية على المستوى النموذجي.

لأغراض وصفية يمكننا تصور العلاج على مستوى مراحل أو خطوات. وننوه هنا الى ناحية هامة هي أن ليس كل حالة علاجية بالضرورة تتقدم من حالة الى حالة أخرى بنفس الطريقة أو بالمعدل ذاته ولكن في سياق هذه العملية العلاجية تطبق التقنيات السلوكية، والانفعالية، والمعرفية التي سبق وذكرناها في هذا الكتاب.

ونحن بشرحنا للعملية العلاجية، لا ننسى ما وضحناه هنا في اللوحة رقم (١١) والتي تمثل ملخصاً للأطوار الرئيسية للعلاج العقلاني ـ الانفعالي لمرضى الادمان على الكحول والمخدرات اضافة الى النقاط الأكثر أهمية والأهداف في كل مرحلة من مراحل العلاج الرئيسية، ونقصد الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية الواجب دمجها وربط بعضها ببعض.

إن المرحلة الأولية للعلاج تتضمن خلق التحالف العلاجي بين المعالج والمريض، وتقويم وتحديد طبيعة المشكلة، والمشاركة في وضع أهداف العلاج الأولية. أما المرحلة الثانية فتحوي على تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض على تبديل ارتباطه اللاتكيفي بالكحول مساعدة نوعية. وننوه هنا الى أن الاستراتيجيات السالفة الذكر تختلف وفقاً للفروق الفردية المصادفة عند المرضى.

ونقصد اختلاف سمات شخصياتهم واستجاباتهم. ومهما يكن من أمر يشجع المريض على ممارسة ضبط أكبر على نزوعه الادماني نحو الشرب بواسطة تعليمه التقنيات الضابطة للمنبهات المثيرة للسلوك الادماني، والتعاقد السلوكي (أي ابرام عقد بين المعالج والمتعالج)، ومناهضة الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي تدعم ادمانه وتكرس نزوعه نحو المدمن أو المسكر

أما المرحلة الثالثة من العلاج فتتضمن رصد التقدم العلاجي واعادة تقويم الأهداف. وفي هذه المرحلة أيضاً منظور تطويري لشفاء المريض والتعامل مع مختلف المشكلات السلوكية والانفعالية في الوقت الذي يستمر في تزويد المريض بالدعم للحفاظ على التقدم العلاجي الذي حصل عليه، أي في الفطام عن الكحول أو المخدر

وما أن يتم تحقيق الاستقرار في الكف عن تعاطي الكحول أو المخدر، توجه الجهود نحو مناهضة المعتقدات الخاطئة التي قد تنتاب المريض والتي تدفعه عموماً الى الحط من ذاته، وما يترتب على ذلك من نتائج سلبية سلوكية وانفعالية. وما أن يقترب العلاج نحو مرحلته

النهـائية بنجـاح، فإن معـظم هذه المـرحلة تكرس لازالـة المشكـلات المرتبطة بقبول الذات وتحسين النظرة نحو الذات كفلسفة وقائيـة ضد الادمـان. وهنا يمكن منـاقشة المـريض بجملة من مشكـلات التكيف الانفعالية.

٢ ـ التدبر العلاجي:

لعل القضية العملية التي غالباً ما تبرز عند التعـامل العـلاجي مع المدمنين هي قضية الانتكـاس Relapse. فالأبحـاث «الطولانيـة» التي تنـاولت هذه القضيـة ابانت أن الكحـولي (وغيره من المـدمنـين) خلال كامل سيره مع مشكلاته الكحولية هو عرضة لكثـير من حالات النكس أو الانتكاسات. وهذه الانتكاسات تعد بمثـابة قـاعدة وليست أموراً استثنائيـة شاذة. ورغـم ذلـك، ففي بعض الأساليب العـلاجية التقليدية نادراً ما تناقش مسألة الانتكاس بدعوى الخـوف من أن هذه المناقشة تعد بمثابة الضوء الأخضر الـذي يعطى للمـريض للتهاون في صرامة كفه عن المشروب أو المخدر، أو لنقل تشجيعه أو اعطاءه الأذن والسمـاح له في اختبـار نفسـه ازاء قـدرتـه عـلى الاستمـرار في الكف والامتناع عن المشروب أو المخدر.

الاَّ أن الفكـر العـلاجي الحـديث، وهـو العــلاج العقـلاني ـ الانفعـالي يرى الانتكـاس كحوادث ذات قيمـة ثقافيـة كبيرة بـالنسبة للمـدمن المريض. ويتعـين عليه الاَّ ينـظر الى الانتكاسـات من زاوية الفشل والعجز، بل من زاوية وقائع يمكن أن تحدث، ومن ثم تدريبه على تجاوز هذه الانتكاسات بعزيمة جديدة غير محبطة، وبالتـالي العودة

الى الكف ثانية. فالانتكاس هو كبوة ولا يعني أنه غير قادر على الوقوف ثانية معافى.

تناقش مسألة الانتكاسات التي من الممكن أن يصادفها المريض من زوايا ومقولات واقعية ونقصد أن الانتكاسات هي بالتأكيد ظواهر سلوكية ـ معرفية غير مرغوبة على الاطلاق من جانب المريض، ويجب مقاومتها وتجنبهاوالانتكاس لا يعني اطلاقاً أن أساليب المعالجة فيها أخطاء أو كانت فاشلة مں جانب المعالج أو أن المريض لم يبذل جهده الكافي في تدبر ذاته بتحسين ظروفه ولعل التفسير الأكثر عقلانية وصواباً والذي يمكن طرحه فيما يخص الانتكاس هو أن بعض التبدلات المعرفية أو السلوكية أو الاثنين معاً عند المريض لم تستكمل بعد لتأخذ شوطها النهائي الايجابي.

إضافة الى ذلك فأنت كمعالج يتعين عليك أن تطرح الانتكاس الى المريض كنتيجة من نتائج الخيار حتى لو كان هذا الخيار ليس على مستوى الوعي أو الأمر الظاهر ونادراً ما يكون الانتكاس نتيجة النزوع غير المسيطر عليه نحو الشرب أو تعاطي المخدر، رغم أن المريض ينظر الى هذا الانتكاس من هذا المنظار. ولكن سبب الانتكاس في واقع الأمر، وهذا غالباً ما يحدث هو الشدة Stress أو الاضطرابات الانفعالية النوعية التي تحرض النزوع نحو الشرب وتقويه، سواء أكانت هذه الاضطرابات مباشرة أو غير مباشرة. لذلك فإن المعلومات الهامة يمكن أن يتزود بها كل من المريض والمعالج معاً من خلال التثمين الحقيقي والمخلص الأمين لخبرة الانتكاس التي عاناها المريض. وعلى هذا يتوجب على المعالج أن يناقش بصراحة

تامة احتمالات حدوث الانتكاس وكيفية التعامل معه بدون أن يكون في هذا النقاش وفي مضمونه أي فهم من جانب المريض على اعطاء الضوء الأخضر لحدوثه، أو التشجيع عليه، أو على حتمية حدوثه.

ويذكر القارىء ما أتينا على تفصيله في الفصل الخامس من هذا الكتاب، ونقصد مسألة ما أسميناه بتأثير خرق قرار الامتناع عن تعاطي الكحول أو المخدر (Cordon 1985) وهذه ظاهرة يخبرها المريض عندما يرتكب زلة أو هفوة بعودته الى الشرب أو تعاطي المخدر، حيث يباشر في تهويل معنى هذه الزلة، ويعدها بمثابة كارثة، فلا يقدر على العودة من جديد الى الكف بسبب ايمانه بخسارة ارادته وعزمه على الكف والامتناع، وفقدانه السيطرة على نفسه، واهانة كبيرة لاعتبار الذات أو الفعالية الذاتية.

إن مسألة الانتكاس يمكن أن تناقش مع المريض بطريقة حوارية في بداية المعالجة، ويفسر للمريض الذي خرق العقد مع ذاته فأخطأ بحق نفسه فعاد الى الشرب أو تعاطى المخدر واختار الادمان بينما كان الهدف مثلا الشرب المعتدل المراقب أو الامتناع التام، نقول تستطيع أن تفسر له أنه يسير على خط فاصل دقيق بين تجاهل الخطأ الذي وقع فيه، وذم الذات ولعنها وتحقيرها.

وليعلم المعالج أن عليه أن ينتهز كل فرصة خلال سياق العلاج في تشجيع المريض على الافصاح عن زلاته وهفواته في الشرب ويصارحه بها، كيما يتعلم الأسباب من هذا الزلات، ويتساعد مع المعالج في ازالة أسباب هذه الزلات. ويشجع المتعالج أيضاً على

تفسير معنى الزلة من أجل تجنبها، أي تجنب ما أسميناه بالتأثير الخارق لقرار الكف عن شرب الخمر أو تعاطي المخدر

وأكدت التجارب السريرية أن التأثير الخارق للكف له نتائجه وأبعاده الخطيرة أحياناً على سلوك المريض المدمن. فالعلاج يتوقف عندما يشعر المريض أنه لاقى الفشل التام بحيث إنه لم يعد في استطاعته أن يواجه المعالج ويعود إليه وأن العلاج برمته نسف من أساسه فأضحى في موضع اليأس، وعليه والحالة هذه أن يعود الى تدمير ذاته بالامعان في الشرب والتهالك عليه.

يتضمن العلاج مسألة اعطاء تدريبات بيتية ينفذها المتعالج بين الجلسات العلاجية. وهذا جزء هام من العلاج العقلاني ـ الانفعالي. ويتعين على المعالج أن يخلق عند المريض المدمن. من خلال كلامه معه، توقعات ايجابية نحو مزيد من التحسن إذا ما أنجز واجباته البيتية بين الجلسات العلاجية. وحسب مستوى التفاعل والالتزام القائمين ازاء العلاج، في مقدور المعالج اعطاء وظائف وواجبات بيتية للمريض لانجازها مثل قراءة كتيب أو نشرة، أو الاستماع الى شريط صوتي، ومن ثم يوسع هذه النشاطات لتكون نوعية، وتمارين مفصلة عندما يتقدم العلاج.

ومن الأهمية بمكان أن يفحص المعالج ما أنجزه المتعالج من واجباته البيتية المحددة له، ومدى اقباله عليها والتزامه بانجازها. ومثل هذا الاهتمام الذي يبديه المعالج بالواجبات البيتية يعطي الانطباع الى المتعالج بكون هذه الواجبات هي جزء هام من العلاج،

وبالتالي تزود المعالج بالمعلومـات عن مدى انخـراط المريض بـالعملية العلاجية وتحمسه نحوها، اضافة الى مدى امتلاك المتعالـج للمهارات الأساسية التي يشجع على كسبها في العلاج.

وليعلم المعالج أن الأنماط المعرفية التي هي على درجة كبيرة من التفصيـل والتوضيـح في الوظـائف البيتية لا تكـون نافعـة جـداً عنـد معظم الكحوليين والمدمنين على المخدرات وبخاصة في بداية العلاج، إذ لم يكونوا بعـد معدين لانجـاز مثل هـذه الوظـائف ولا هم قادرون عـلى فهمها واستيعـابها، لـذا يستحسن أن تكون الـوظائف مـلائمـة لقـدرة المريض. ومستـوى ثقافتـه وذكائـه، وأيضاً درجـة رغبـاتـه في انجازها بين الجلسات العلاجية، كما ويجب أن تكون واقعية، وعملية وقابلة للانجاز

هناك قضية هامة تبرز خلال العـلاج عندمـا تبدو المعـالجة غـير ناجحة وفشل المعالجة المعتمدة عادة ما يظهر بعـد جلسات عـلاجية قليلة، أو بعد فترة نجاح علاج مقبول عند المريض الذي حدد هدف عـلاجه بـأن يشرب بـاعتدال. في هـذا الموقف عـلى المعالـج أن يقوّم الحـالة فيـما إذا كان الشكـل الأكثر تحـديداً أو تكثيفـاً من العلاج هـو الذي يحقق النجاح العـلاجي الأفضل. وقـد يكون هـذا الشكل هـو وضع المريض في برنامج علاجي ينفذ في المستشفى أي برنامج اعـادة تأهيل، أو في ازالة السمية الكحولية باقامته لمدة قصيرة في المستشفى.

وجدير بالذكـر أن الدراسـات السريـرية لا تشـير بوضـوح الى كون البرنـامج اعـادة التأهيـل المتعددة الأبعـاد Multidimensional أو

المكثفة هى بالضرورة أكثر فعـالية من أشكـال المداخـلات العلاجيـة الأقـل من الأولى (Miller 1985. الاَّ أنـه بـالنسبـة لبعض الأفـراد، وبخاصة أولئك الذين يجدون صعوبة في البقاء ضمن مجتمعاتهم وهم مـا زالوا ممتنعـين عن تعاطي الكحـول أو المخدرات، فـإن الخيـارات الأخرى العلاجيـة يجب أن تكون مـوضع فحص وتـدقيق وموزونـة. وعـلى المعالـج أن يلفت نظر المـدمن الى أنـه إذا لم يمتنـع عن تعـاطي الخمرة فلابد من احالته الى مصح خاص بالادمان، ومثل هـذه التنبية قـد يحفز المتعـالـج ليكـون حكيمـاً لاجمـا ذاتـه. وليعلم المعـالـج أن المصحات الخاصـة باعـادة تأهيـل المدمنـين تكون سهلة ولكن ليست بالطريقة السهلة بالنسبة للمرضى المدمنين على الكحول أو المخـدرات النشطين في ادمانهم ليتابعوا العلاج والسير قدماً نحـو الامام. فهؤلاء عنـدما يـدخلون هـذه المصحـات النـوعيـة، يكـونـون في مـأمن من الاغـراءات والمنبهـات المثيـرة كنـزوعـات شـربهم، وبعيـدين عن المسئوليات المهنية والأسرية. ولكن ما أن يخـرجوا من هـذه المصحات حتى تنبثق عندهم طرق جديدة من التفكير، والمشاعـر، والسلوكيات وهم في أجواء محيطهم الطبيعي. وفي هذه الحالة يتـابع عـلاجهم على أساس مرضى عيادات. تنبع مسألة هامة تواجه المعـالج هي الصـورة التي يجب أن تكون عليها علاقاته مع الأفـراد الذين يلوذون بـالمريض المـدمن من أفراد أسـرتـه والجهـاز القضـائي. وأربـاب عمله إذ أن هؤلاء لهم علاقة مباشرة بالمريض المعالج ويتـابعون سيـرته العـلاجية وحالته

إن الأسلوب العملي والشائـع هو الاهتمـام بهؤلاء ولكن بدون

المساس اطلاقاً بالسرية وبحقوق المريض المتعالج بالحفاظ على المعلومات الخاصة به، فلا يكشفها الى أحد الاّ باذنه وبموافقته. فتلك أمور من جوهر اخلاقيات المهنة ونواميس ممارستها. وهنا لابد وفي بداية المعالجة، أن يستأذن من المريض ليعلمه عن المعلومات التي يوافق على الكشف عنها عند الطلب الى الآخرين الذين يلوذون به ويرتبطون بحياته، وبأية ظروف يراها مناسبة للكشف عما يرغبه من معلومات عن حالته وسير علاجه.

وفي الوقت الذي نرى أن مريضاً قد يسره أن تنخرط زوجته انخراطاً تاماً في مسألة علاجه وبدون حدود أو تحفظ، نرى مريضاً آخر على نقيض ذلك يرفض رفضاً تاماً مثل هذا الانخراط. لذا فإن مسألة استئذان المريض عن نوعية المعلومات التي يمكن أن يكشف عنها الى الأفراد المحيطين به هي هامة ويجب أن تتم في باكورة العلاج. ومع ذلك فإن من واجب المعالج أن يناقش المريض انطلاقاً من مصلحته وسير علاجه، أن يحدد بعض الأشخاص الذين يمكن أن ينخرطوا في اطار العلاج من أجل تقديم العون اليه كطرف ثالث في العملية العلاجية.

٣ ـ توقف العلاج:

إن السؤال المطروح هو: متى يكون مناسباً ايقاف العلاج؟

على المستوى المثالي يتخذ هذا القرار باتفاق مشترك بين المعالج والمتعالج إذ عندما تتقدم المعالجة وتسير في طريقها المرسوم المخطط لها، فإن طوراً من العلاج المكثف المشدد الذي يبتغي مساعدة

المـريض على تعلم ايقـاف تعاطي الكحـول أو المخدر، والابقـاء على هذا الايقاف يتبعه انتقاء لأهداف علاج جديدة تتوخى تقديم العـون للمريض بغية تعلم تبديل حديث مع ذاته، وأفكاره اللاعقلانيـة التي تقود الى اضطراب الوظيفة السلوكية والانفعاليـة. وما أن يـأخذ هـذا الطور العلاجي أبعاده المطلوبة حتى يقل تواتر البرنامج العلاجي، أو يتم اعادة هيكلته حسب الحاجة الراهنة. يشجع المريض عـلى اختيار مـا يرغب من عمـل، وأيضاً التعـامل مـع مختلف التقنيـات العمليـة الخاصة بحل المشكلات الانفعالية ضمن اطار عمل العـلاج العقلاني ـ الانفعالي.

وهنـا عنـدمـا يتثبت تـوقف المـريض عن تعـاطي الكحـول أو المخدرات ويتحقق هذا التبديل في السلوك المطلوب لفترة مقبـولة من الزمن، وغالباً ما تكون المدة بحدود تسعة أشهر أو أكثر، فـإن توجيـه العلاج يمكن نقله الى تنمية شخصية المريض في التدبر الذاتي العقلاني بأموره والى نشاطاته التي تغني وتزيد من قبولـه لذاتـه وفي مثل هـذا السيناريو العلاجي المثالي تقريباً فإن القرار بايقاف العلاج يأخذ مجرى في بداية الأمر من العلاج المنتظم الى العلاج المتقـطع الذي يقـوم على اجراء اتصالات علاجية حسب الطلب. وأن توقف العلاج توقفاً تاماً يـأتي فى اعقاب انتهـاء العمليـة التـطويـريـة والمنـطقيـة التي أضحت الأسلوب الجـديد في حيـاة المريض والتي هيمنت عـلى كامـل العملية العلاجية.

وعـلى المستوى الـواقعي فإن اتخـاذ القرار بـايقـاف العـلاج أو الاحالة الى الجهـات الأخرى (أي المـريض) يحدث عـادة لعديـد من

الأسباب. فقضايا ايقاف المعالجة تواكبها بعض الظروف التالية:

في بعض الأحيان يوقف المريض المعالجة بموافقته لأسباب غير نوعية ولا واضحة محددة. وفي حالات أخرى توقف المعالجة نتيجة تأثير بعض المشكلات العملية أو بسببٍ رغبة المريض باختيار معالجة أخرى أو بامكانية مساعدة ذاته.

في سيناريو آخر توقف المعالجة نظراً لعدم الوصول الى النتيجة العلاجية المرجوة. ومرة أخرى قد توقف المعالجة بأسلوب دون المثالية من جانب المريض بسبب انسحابه منها.

عندما يقرر المريض ايقاف علاجه بعد سلسلة من الجلسات الأولية، وبعد أن يحدث التبدل المنشود أو بجزء منه ازاء سلوكه الادماني اللا تكيفي اضافة الى اكتسابه مهارات التدبر الذاتي المنطقي (أي قدرته على السيطرة وتبديل الأفكار اللاعقلانية علة ادمانه)، قد يقرر أن علاجه استكمل وبلغ الغرض المنشود، لذا فإنه أصبح ليس بحاجة الى العلاج. وهنا يتعين على المعالج مراجعة ومعاينة تفكير المريض مراجعة واضحة وبصورة مادية، حيال ايقاف العلاج، وبدون أن يسأله عن الحكم الخاص بتقدمه العلاجي، يعد المعالج لائحة بالأهداف التي بقيت بدون انجاز، ويتوجب الوصول اليها. وفي هذا السياق يجب الا يغيب عن ذهن المعالج المعالجات السابقة للمريض اضافة الى جهوده الذاتية غير الناجحة في محاولاته للتخلص من ادمانه، وهنا يتضح له (أي للمعالج) فيما إذا كان المريض في حكمه بايقاف المعالجة هو أمر سابق لأوانه في ضوء تلك الأهداف العلاجية التي يتم الوصول اليها بعد قصته الادمانية السابقة، أم أنه

مصيب في تقديراته بايقاف العلاج، فإذا اتضح له أن الايقاف هو سابق لأوانه فعليه أن يفند للمريض هذا الأمر. وننبه الى أهمية اعطاء المريض الذي يقرر ايقاف علاجه الخيار باعادة معالجته عند ظهور أية علامات صعوبات الكف عن الامتناع. وأنه لمفيد حقاً أن يراجع المعالج بعض العلامات مع المريض المتعالج التي قد تدفعه الى العودة ثانية الى العلاج. وإذا أدرك المعالج أن قرار المريض بايقاف معالجته هو أمر في غير مصلحته وسابق لأوانه، عليه أن يجعله يوافق على لقاءات علاجية متابعة Follow up، والاتصال به هاتفياً وغير ذلك من النشاطات النوعية بتواريخ مستقبلية متفق عليها.

وعلى المعالج أن يظهر للمتعالجين أنه مؤمن واثق بالاعتماد على ذواتهم، وأن أية صعوبات قد يواجهونها مستقبلا لا تعني أبداً الفشل.

وفي بعض الأحيان يمكنك تأطير هذه الكلام بالاشارة الى أن الكحولية لا تشفى ولكن يتم تدبرها والسيطرة عليها. وفي الوقت الذي يجهد المعالج في بذل الجهود الرامية الى تبصير المريض تبصيراً واقعياً بأي انتقاص وراء قراره بايقاف العلاج، فإنه يكون من المناسب أن يكون التقرب متضمناً الاحترام لوجهات النظر المختلفة إن برزت خلال النقاش.

في بعض الأحيان يقطع المريض المعالجة اعتقاداً منه بعدم جدواها وضعف فعاليتها، أو أنها بدت غير ضرورية، أو أنها متعارضة مع بعض العلاجات التي تقدمها جماعات تنخرط في علاج

جماعي يقوم بأصوله على مساعدة الذات Self-help group. ومرة ثانية نهيب بالمعالج أن يتكلم مع المريض حيال قراره من كل الجوانب السلبية والايجابية كيما يدرك الى أي حد كان قراره صحيحاً أو ناقصاً، ومما لاشك فيه أن العلاج يخلق للمريض بعض الانزعاج، وأن هذا الانزعاج، قد يدفع بعضهم الى ايقافه، بخاصة إذا كانت الجلسات الأولية العلاجية لم يشعروا فيها أنها قدمت لهم شيئاً من النجاح والتقدم بالنسبة لمفهومهم وتقديراتهم الذاتية. وليعلم المعالج أنه إذا تمكن من خلق توقعات معقولة ومناسبة عند المريض وأوضح له أن العلاج يحتاج الى جهود وصبر وحشد جهوده (المريض) للتغلب على مشكلته بدون أن يقدم ضمانات علاجية فيها شفاء مضمون وسحري، فإن المريض والحالة هذه سيظل مثابراً على المعالجة في معظم الاحتمالات. وإذا أوضح للمريض أيضاً أن العلاج العقلاني - الانفعالي لا يتعارض اطلاقاً مع العلاج الجماعي الذي يقدم العون العلاجي الذاتي، فإنه يكون قد حفزه الى الأخذ بالعلاج الذي يمارسه والاستمرار فيه.

وكما ذكرنا فإن توقف المرضى عن العلاج غالباً ما يجدون في مبررات هذا الانقطاع عدم وصولهم الى الهدف (أو الاهداف) الذي ينشدونه من العلاج. وأن هذه الأهداف التي يضعونها ويصبون الى تحقيقها غالباً ما تكون غير منطقية ولا عقلانية في مثل رغبتهم في الاستمرار في الشرب على الاّ يعانوا من النتائج السلبية للكحول. أو التفتيش عن شفاء سحري لمشاكل متعددة ترتبت عن الكحول. وأيضاً يتوقف المتعالجون عن الاستمرار في العلاج لأسباب شخصية

بحتة، مثل عدم ارتباطهم بشخصية المعالج، أو تأثرهم بآراء عامة الناس ان العلاج قد يكون مؤذياً وضاراً وغير ضروري.

والمعالج الفطين هو الذي يسبر أسباب ترك المريض العلاج لأنه قد يحصل على معلومات مفيدة للتعامل مع مرضى مماثلين مستقبلا. من ناحية أخرى، نجد أنه ليس صحيحاً أن المرضى الذين ينقطعون عن العلاج يكون بسبب الانتكاس الذي أصابهم. أي بتعبير آخر أن الانتكاس ذاته هو الذي أضعف عزيمتهم عن الاستمرار فعملية المتابعة العلاجية في هذه الحالات قد تكون مفيدة في تبديل أخطاء مفاهيمهم وتصوراتهم عن معنى الانتكاس. الأمر الذي قد يدفعهم لالتماس العلاج مرة ثانية. وقد تعوزنا المعلومات الاحصائية عن معرفة نسب الانتكاس، الاّ أن في اعتقادنا كمعالجين أن عدد الانتكاس ينخفض الى حد كبير إذا ما تمكن المعالج من وضع هدف العلاج، وشرح العلاج العقلاني ـ الانفعالي شرحاً مفيداً مقنعاً للمريض (طبعاً حسب مستواه الثقافي) ونقصد توضيح الطبيعة التوجيهية التي يتميز بها هذا النوع من العلاج، وأيضاً ببذل جهد لخلق أهداف واقعية عند المريض وتوقعات مؤملة

تبرز مشكلة أخرى هي عندما يتم ايقاف المعالج بعد رفض المريض تحويله الى جهة علاجية أخرى، وتبع ذلك تقهقر حالة المريض رغم علاجه على مستوى مريض خارج المستشفى (أي عيادي). وهنا تقضي الحكمة والواقع أن يقوم المعالج فيما إذا كانت الطريقة العلاجية المتبعة التي عالج بها المريض هي كافية وفعالة في علاج مشكلاته. وكما ذكرنا في هذا الفصل، عندما تسوء حالة

المريض ويعاني من انتكاسات متكررة، ويتعرض الى متاعب أسرية ومهنية ناجمة عن تهالكه على الخمرة وادمانه، فإن احالته الى مصدر علاجي آخر هو الحل الواجب أن يختاره ويقرره المعالج، ونقصد بالمصدر العلاجي المستشفى الخاص في علاج الادمان التخصصي حيث تكون هناك برامج علاجية مشددة صارمة وموجهة، وعلى المستوى النظري يظل مثل هذا المريض يستفيد من علاج خارج المستشفى (أي العلاج في العيادة)، ولكن الاختلاطات التي يعاني منها تفرض التماس علاج في تلك المصحات العلاجية.

إن استمرار العلاج في العيادة (خارج المستشفى) من قبل المعالج رغم تراجع المريض وتقهقره قد يخلق عنده الاعتقاد، وعند غيره ممن يحيطون به بعدم جدوى هذه المعالجة وضرورة التماس معالجة أخرى عند غيره، أو بالعكس تكون المعالجة فعالة من حيث الأساس ولكن لم يستفد منها المريض. من جهة أخرى يحسن تحديد أهداف العلاج النوعي، ومن ثم مراقبة ورصد التقدم الذي أحرزه المريض رصداً منتظماً وبخاصة أولئك المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الكحولية أو اضطرابات ترتبط بتعاطي المخدرات.
وينصح المعالج بالأخذ بالمبادىء العامة التالية عند الاقرار متى وكيف يجب أن يتم ايقاف معالجة المريض:

أ ـ حيثما الأهداف العلاجية قد تم الاتفاق عليها (بين المريض والمتعالج) حينئذ فإن الانقطاع عن العلاج بقرار يتم بين الاثنين بعد تحقيق الكثير من هذه الأهداف أو بعض منها.

ب ـ إن قطع المعالجة بعدما تم بذل جهود بدائية فعالة وذلك نتيجة

الرغبة القوية في انهاء العلاج التي يبديها المتعالج والتدبر بذاته هذا الانهاء يمكن الاتفاق عليه على أن يشجع باجراء زيارات متابعة يحدد أوقاتها وتواريخها المعالج.

جـ - عندما يقرر المتعالج انهاء العلاج لأنه لم يحصل على الفائدة العلاجية المرجوة أو لعدم قناعته بالطرق التي يتعالج بها أو لتعارضها مع العلاجات الأخرى القائمة على العون الذاتي، على المعالج أن يتبنى طرقاً عملية ومادية في مناقشته لهذا القرار الذي اتخذه المتعالج وفي كل الأحوال، وهذا ما يجب الا يغيب عن ذهن المعالج اطلاقاً، ان القرار بانهاء العلاج يعود أولا وأخيراً الى رأي المتعالج، ودور المعالج فقط هو التبصير والنصح والارشاد.

الخلاصـــة:

غالباً ما تكون قضايا اجراء العلاج هامة جداً في التدبر العلاجي للكحولية ولغيرها من المواد المحدثة للادمان والتعود (المؤثرات العقلية). وهذا الأمر تتضح أهميته بخاصة عند المرضى الذين يعانون من أشكال حادة من الاضطرابات نظراً لأنه غالباً ما يترافق مع هذه الاضطرابات اختلاطات متعددة. وهذه الاختلاطات لا تظهر بين ليلة وضحاها، لذا فإن المعالجة الفعالة تكون طويلة.

وبهدف تقديم العون للمرضى من أجل تبديل أفكارهم ومشاعرهم، وسلوكياتهم التي هي موطن اضطرابهم الكحولي أو الادماني وجوهر علتهم، فإنه من المفيد جداً توجيه المرضى نحو تحقيق تقدم في أحوالهم وليس الوصول الى الكمال. لهذا فإن المثابرة على انجاز المراحل المتعددة من العملية العلاجية هي أمر مطلوب.

ففي الطور البدئي الأولي يتعين الالحاح على اقامة علاقة علاجية اغرائية مقنعة جذابة بين المريض والمعالج، وتحديد أهداف العلاج، والبدء في تعليم المريض كيف يتصدى لأفكاره الخاطئة المسببة لاضطرابه الانفعالي الذي بدوره يحرض النزوع نحو شرب الخمر أو تعاطي المخدر لاضعاف قلق الانزعاج. في الأطوار التالية العلاجية، وبخاصة بعد أن يتمكن المريض من اكتسابه السيطرة الاشراطية على سلوكه الادماني، ينتقل العلاج الى تعليم المريض التدبر العلاجي الذاتي الانفعالي ـ العقلاني للمنبهات الفكرية، والانفعالية والسلوكية والموقفية التي تحرض على الميل نحو المخدر أو الكحول وتنشطه

وفي المراحل النهائية يتناول العلاج حل المشكلات الانفعالية والعملية لمساعدة المريض على الابقاء مفطوماً ممتنعاً عن الكحول أو المخدر اضافة الى اعادة تبديل وتنظيم حياته، وتغيير تفكيره الخاطىء التحتي الذي يسهم اسهاماً كبيراً في النزوع نحو تعاطي المخدر أو الكحول بالدرجة الأولى.

إن المنظور المتطور للعلاج يقتضي التخطيط المشترك بين المريض والمعالج في تحديد أهداف العلاج وتقويمه. ولابد من الاقرار والقبول للحقيقة التالية هي أن قضايا تدبر (علاج) الحالة المرضية والاختلاطات التي تواكب عادة الادمان عموماً وبخاصة في الحالات الحادة، يجب أن تكون ضمن توقعات المعالج وفي منظوره، ويجب أن يدرك المعالج أن العلاج النفسي بذاته ولوحده لا يترتب عنه الشفاء الكامل من الادمان على الكحول أو المخدر.

وبينما نرى أن العلاج العقلاني - الانفعالي قادر على الاسهام اسهاماً كبيراً في علاج الادمان على الكحول والمخدرات، فقد يكون ليس العلاج الوحيد الذي يحتاجه المريض أو ينخرط فيه من أجل حصوله على تبديل السلوك الادماني والابقاء على هذا التبديل في حياته اليومية. لذا فإن المعالج الواعي الحذر يشجع المريض أن يكتشف ويحاول التفتيش عن كل السبل والوسائل الأخرى التي تقدم له العون عن تبديل سلوكه الادماني وامساكه عن المخدر والكحول دوماً من خلال تبديل أسلوب حياته السابق كلياً.

وما أن تتحقق أهداف العلاج من خلال المراحل العلاجية

الأنفـة الذكـر يتوجـه الاهتمام الى ايقـاف العلاج أو تبـديل الاجـراء (الأسلوب) العـلاجي. ففي الحالات الشـديدة الحـادة، فإن احـالـة المريض الى مؤسسات عـلاجية مختصـة بعلاج الادمـان بغرض تحقيق عـلاج مكثف وأكـثر نـوعيـة هـو أمـر يجب أن يـراعى ويؤخـذ بعـين الاعتبار

وبينما نجد أن ايقاف العلاج من جانب المريض هو أمر شائع، الاّ أن نسبة من يقررون ترك العلاج وهجره يمكن تخفيضها من خلال أسلوب الهـدف الموجـه، والتوقعـات الواقعيـة لما يمكن أن يصـادفهـا المتعالج وباللجوء الى الطرق الأكثر فعالية المتوفرة، وبالحذر الكبير من الاختـلاطات الكثيـرة للمشكلات التي يبـرزها المـريض ويظهـرهـا، وأخيراً بمراجعات ما تم احرازه من تقدم علاجي بصورة دورية.

الفصـــل العاشـــر

التعامل مع الفرد الذي يقدم العون للمريض المدمن

من البدهي أن الكحولي أو المـدمن موجـود ضمن محيط أسري في معظم الأحيان. وهذا المحيط إما أن يكون أسرتـه ـ زوجته وأولاده ـ وإما عائلته: أبويه واخوانه وأخواته أو أقرانه. وهنا نجـد أن مسألـة الاضطراب الكحولي لا تكون عادة محصورة بالمريض بل تمتـد مشكلة الاضـطراب لتلف وتؤثر أيضـاً على من يحيط بـه من أقربـائـه وأفـراد أسرته. وهؤلاء يفرض عليهم المرض الادمـاني الذي يعـاني منه أحـد أفـراد الأسرة الألم، والمعـاناة، لأنهم يجـدون أن واحـداً ممن يلوذ بهم يدمر ذاته، ويدفع بنفسه الى الهلاك نتيجة الادمـان على المسكـرات أو المخدرات.

إن أي واحد يلتصق بالمدمن سواء أكان من أصولـه في القرابـة أو من أفراد أسرته يعرف تماماً السلوك العـدواني والمؤذي الذي يبـديه المـريض المدمن إزاء من يحيط بـه من أحبائـه ومريـديه، وكيف يبدد ويمتص موارد ومصادر أفراد أسرته لارضاء ولعه الادماني فيقعـد ملوماً محسوراً على صنيعه. وهكذا نجـد أن أجواء أسـرة المدمن تلفهـا دوماً غمـامات القلق، والخـوف، والبؤس، وفقدان الـطمأنينـة من جـراء سلوك المـدمن تجاه من يلوذ بـه من فظاظـة لفظيـة، وثورات الغضب الجنوني، والايذاء الجسدي الذي ينـزله بـأولاده أو زوجته، أو تـدمير لممتلكاته أو العبث بلقمة عيش أسرته (Brown, 1985, Royce 1981).

ومن خلال معرفة التأثيرات الضارة لسلوك الكحولي على أفراد أسرته، تقدم الجمعيات الخاصة (وهي موجودة في الـولايات المتحـدة الأمريكية) التي تعنى بعـلاج الكحولي، تقـدم الارشاد النفسي لأفـراد أسرة الكحولي بايجاد زمر وجماعات ضمن برامجها الارشادية العلاجيـة يتم فيها العلاج والارشاد على أساس ما نسميه بالجماعات التي تقـدم العـون لـذاتهـا وبنفسهـا Self-help groups خـاصـة بـازواج وأولاد الكحوليين أو المدمنين على المخدرات. وفي هـذا الفصل سنتكلم عن الأزواج الذين يعيشون مع أقرانهم المدمنين.

وصنفت كثير من الدراسات التي تناولت بـاسهاب المشكـلات الأسرية عند المدمنين أن الادمان عمـوماً هـو مرض أسـري (Paoline 1975, Brown 1985). ويسمى الأفراد من زوجات وأولاد أو الأقـرباء أو الأصدقاء الذين يقدمون العون المباشر للمدمن بحكم عيشهم معه وارتبـاطهم بـه بـالأعـوان Enablers. وعـادة مـا تقـوم وظيفـة هؤلاء الأعوان الذين يلوذون بالمدمن على تشجيعه وحفزه بطرق لا شعـورية ورقيقة، وغالباً ما تكون سلوكيات هؤلاء الأعوان متسمة بالمغالـطات والمظاهر الخداعة Fallacy في تعاملهم مع المدمنين.

وفي بعض الأحيـان نجـد أن بعض أعضـاء الأسر هم بـواقـع الحال أعوان المدمن، ويكونون مدمنين أيضاً ـ ويشـاركون المـدمن في ادمـانه ـ فـإن القليل من الأبحـاث قد تـطرقت الى هذا المـوضـوع في ميدان فهم هؤلاء الأعوان وتبديل سلوكهم الادماني. في هذا الفصـل سنـوضـح دور العــلاج العقـلاني ـ الانفعــالي في مسـألــة الأعـوان enahless، والطرق التي تساعد هؤلاء بالخروج عن دورهم.

١ ـ أنماط شخصيات الأعوان :

الأعـوان هم الأفراد الـذين يبـدون أنهم يقـدمـون العـون الى الكحولي أو المدمن للاستمرار في ادمانه. هناك عدة طـرق يلجأ اليهـا هؤلاء الأعـوان لتسهيـل استمـرار الادمـان. الأولى تقـديم المـال الى المـدمن لشراء مـادة إدمانـه (الكحـول أو المخـدر)، أو بمشـاركتـه في تعـاطي الكحـول أو المـادة المخـدرة. وهـذا النـوع من شخصيـات الأعوان يدعم دعمـاً مكشوفـاً لعادات الادمـان عند المـدمن من هذه الأسرة، ونسمي هذا النوع من المعين بـالمشترك أو الضـالع في تخليـد الادمان عند المدمن وتعزيزه.

أمـا النموذج الثـاني المعين، فهـو على نقيض النمـوذج الأول، يعـارض سلوك المدمن قـريبه أو محبـوبه في شـربـه للخمـر أو تعـاطي المخـدر، ويشن حملة مكشوفـة ضده بغيـة ردعه عن الشـرب والتخلي عنـه، نسمي هذا النـوع من المعين المنقـذ من الشر Messiah. وهـذا المنقذ يحاول منع المدمن من الولوج في الاختـلاطات والنتـائج المؤذيـة للادمان، وانقاذه من شروره. ويسعى هذا المنقذ الى انقاذ المدمن من الـورطات التي يقـع فيها نتيجـة ادمانـه كخسارة العمـل، أو تبديد أمـواله ووصـوله الى درجـة العوز وذلـك بمده بـالعون المـالي أو بدفـع ديونه وإذا صادف أن تصرف المـدمن تصرفـاً عدوانيـاً مزريـاً قبيحاً معيّراً من الناس أو ضد معينه ومنقذه نجد أن هذا المنقذ يتحمـل هذا السلوك ويبرره بكونـه سلوكاً صـادراً تحت تأثـير الخمـر أو المخـدر، ويسعى الى انقـاذ هذه العـلاقـة من أن تمس بـأي سـوء لاعتقـاده أن المدمن هو بحاجة اليه

ولعل تأثير سلوك المنقذ هو في عزل محبوبه المدمن من تأثيرات الادمان. فهذا السلوك يمنع المدمن أو متعاطي الكحول من أن يعيش أو أن يخبر ويتعامل مع التأثيرات الطبيعية العقابية أو نتائج السلوك الادماني. أي بتعبير آخر مثل هذه الحماية تحجب عن المدمن تعرضه للعقوبات الطبيعية التي تعترض طريقه بفعل انغماسه في السلوك الادماني، وتمنعه من تعلم ما يردعه أو يضبط سلوكه الادماني. وهذا بدوره ما يجعل المدمن مستمراً في ادمانه نتيجة هذه الحماية وذلك العطف والتغطية العاطفية الضارة له، أما النموذج الثالث فهو ما نسميه بالمعاني الصامت الساكت Silent sufferers. فهذا المعين المعاني الصامت لا يحاول تبديل سلوك المدمن، ولا يتدخل في عملية انقاذه إذا ما وقع في مأزق أو ورطة نتيجة سلوكه الادماني. وكل ما هناك فإنه يبصر ويسكت فلا يحرك ساكناً لا بالقول ولا بالفعل، كما لا يمده بالعون المادي، ولا ينبري لديونه فيتطوع بتسديدها. يمتص الألم والكوارث التي يشاهدها تحل بالمدمن.

إن المعاني الصامت في هذا الموقف الذي يتخذه، يماثل سابقه الذي وصفناه أيضاً فإذا كان النموذج الثاني السابق يقدم الحماية فيعطل بذلك اكتساب الخبرات الراضة من جانب المدمن التي تكون بمثابة قصاص لسلوكه الادماني، فإن النموذج المعاني الصامت أيضاً يعطل خبرات المدمن والنتائج الطبيعية التي تترتب عن ادمانه نتيجة التظاهر من جانب المعاني الصامت أن ما يفعله المدمن لا ينطوي على أي خطأ. فهو بسلوكه يتآمر بصورة غير مباشرة مع المدمن في انكار المشكلة الادمانية، ويطرح صورة له ايحائية بسكوته، أن العالم من

حـوله هـو بخير وسـلامـة. وننـوه أن مثـل هـذه الشخصية المحيـطة بالمريض المدمن تكون غالباً على درجة كبيـرة من القدرة عـلى التحمل والصبر وامتصاص الألم والتصرف تصرفاً انكارياً.

٢ ـ التعرف على شخصية المعاون Enahler :

في كثير من الأحيان، ورغم خبـرة المعالـج السريـرية الـواسعة يفطن خلال سير العلاج أن أحـد أفراد أسـرة المتعالـج أو صديقتـه أو محبـوبته يشـاركه الادمـان. كما ويـنـدهش المعالـج أحيانـاً أن المريض المتعالج لا يبدي رغبة ولا استعداداً بذكر أن من يتعامل معه من هـذه الفئات هو مدمن. ومثل هـذه المواقف نـرى فيها كثيـراً من المشاكـل الأسرية، حالات ادمان زوج أو زوجتـه، حالات سـوء معاملة أولاد واهمالهم. حالات اضـطراب اكتئابي وخيم عنـد الاناث. خصـومات بـين أفراد الأسـرة الـواحـدة تفضي الى انقـطاع الاتصـال بـين بعض أفرادها لأشهر وقد تدوم لسنين. حالات أزمات مالية أسـرية حـادة. حـالات اضطرابـات سلوكيـة عنـد الأولاد حيث يـرفض الأبـوان في الانخراط بالعملية العلاجيـة. وعادة الأب الـذي يفرض الانخـراط يتحـول الى الكحوليـة في بعض المواقف. حـالات خصومـات زوجية عنيفة، يرفض الـزوج أو الزوجـة العلاج الـزوجي. وبالـطبع ليست جميع أنماط العائلات التي تكتنف أجواءها المتـاعب والمشكلات يعـاني من سلوك الادمان بأنواعه المختلفة. ويجب الا يتوقـع المعالـج أن يجد في كل مشكلة أسريـة قصة ادمـان تحكي ذاتها. ولكن أيضـاً بالمقـابل كثيراً ما تفوته حتى المعالج الخبير المتمرس ملاحظة مشكلات ادمان في أسـرة ما. وأن نتـاج العلاج بـدون ادراك هذه النـاحية، هـو مكافـأة

المعين على سلوكه المجهول عند المعالج والنتيجة التي تتمخض عن ذلك هو الرهان على المزيد من المعاناة من جانب المدمن المتعالج بفعل عدم التعرف على هوية من يقدم العون في محيطه وحياته. وبالطبع فإن كثيراً من الأعوان لا يدركون نتائج صنيعهم. سواء أكان المعاني الصامت، أم المنقذ الفعال الذي يقدم حماية للمدمن بدون أن يشعر بصنيعه السلبي لعل الطريقة الوحيدة للخروج من هذا المأزق هو في أن يسأل المعالج المتعالج المريض، ومنذ بداية العلاج وحتى لو لم يذكر المريض خلال القصة الاستقصائية لادمانه، عن نوعية الأشخاص الذين يحيطون به، ومنهم من يتعاطى المخدر، أو عن نوعية الشخصية التي تتعامل معه. أو بأن يتبع خطوة بخطوة لأية مسألة ادمان يذكرها المريض المدمن فيطرح أسئلة نوعية تكشف عن وجود أي شخص ضمن محيطه الأسري أو الصداقي، وكمية أو حجم الشرب، وتواتره.

وغالباً ما نجد أن في مقدرو المعالج أن يكشف من حول المريض وهوياتهم السلوكية وذلك من خلال معرفة العلاقات المتبادلة الشخصية التي يلعبها المعين، ومن ثم التعمق بالأسئلة التي تتناول تعاطي المخدر أو الكحول عند أشخاص آخرين. وهنا نجد أن أولاد الكحوليين غالباً ما يتزوجون كحوليين، وهكذا فإن الأعوان الذين يحيطون بالمريض قد يكون لهم سمات الشخصية ذاتها التي هي عند أولاد الكحوليين الكبار (Brown 1985) وهذه السمات يستخلص منها التالي لتكون:

أ ـ المطلب في ضبط الآخرين ومحيطهم بكليته

ب ـ الخـوف من تأكيـد الذات أو الهيمنـة مصحوبـة بمـطلب شـديـد للحب والقبـول واللذان يعبر عنهـما بالجهـود المتكـررة المبـذولـة لارضـاء الآخرين، فـالمـرضى الـذين يـظهـرون أنمـاط السلوك المذكورة قد ينخرطون ويتعاملون مع أشخاص آخرين مدمنين. واستناداً الى هذا الافتـراض يتعين عـلى المعالـج أن يطرح أسئلة عن الأشخاص الآخرين الذين يحيطون بالمريض المتعالج.

٣ ـ لماذا نساعد المعين:

قـد يتساءل القـارىء بعدمـا علم أن الأعـوان الـذين يحيـطون بالمريض المدمن لا يقدمون عملياً أي عون نافع له، بـل على العكس فهم الـذين يحجبون عنـه العون من خـلال التغـطيـة أو السكـوت أو الانخراط معه في الادمان ثم هل أن العلاج الناجح يستوجب اشـراك أفـراد المريض في العـلاج فيدربـون ويثقفون حيـال دورهم؟ وهل أن التعامل مع المعين هو الاستراتيجية الأولى للوصول الى المريض؟

الجـواب هو أن عـلاج المعـين كيـما يتـوقف عن تقـديم العـون للمـريض هو بهـدف أن يكـون أداة لعـلاج الادمـان. إن مثـل هـذا الاتجاه الذي يوحيه الجواب المذكور يبدو مغرياً ومعقـولا لأول وهلة، الَّا أنـه في نـظر رواد العـلاج السلوكي أمثـال البـرت أليس خـاطىء لسببين، السبب الأول هو أن المعين كائن بشـري في حقوقـه، ويحتاج الى مسـاعدة كيـما يوجـه توجيهـاً صحياً ومـرضياً بصـرف النـظر عن علاقاته بالمدمن. وأن استخدامه كأداة لعلاج المدمن عـلى الكحول أو المخـدر هذا الاستخـدام يسيء الى هذا الحق البشـري. ولعل الأكـثر

أهمية في هذا الموضوع أن يعرف المعين عدة أمور:

أ ـ كيف تكون حال فلسفته للحياة بالنسبة لهذا الدور غير المثيب اللامكافىء إذا كان يلعب الدور نفسه مع أشخاص آخرين في حياتهم.

ب ـ كيف بامكانه ايجاد فلسفة جديدة في الحياة تقود الى علاقات شخصية تبادلية مع الناس تكون أكثر ارضاء ونفعاً. ولطالما أن الأعوان يساعدون المدمنين الذين هم في رعايتهم وملاحظتهم على بقائهم مدمنين، فيبدو أن الأمر سهل بالنسبة اليهم (وحتى لدى بعض المعالجين) أن يستنتجوا خطأ أن الأعوان مسؤولون عن تبديل سلوك الكحولي أو متعاطي المخدر.

وواقع الأمر أن المعين الذي يساعد المدمن على التمسك بادمانه فهذا لا يعني حكماً أن المعين يسبب الادمان وهو علته. وقد يقال إنه من خلال تبديل سلوك المعين إزاء المدمن غالباً ما نتمكن من تبديل سلوك المدمنين تبعاً لذلك الاّ أنه من جهة أخرى إن تبديل سلوك المعين لا يترتب عنه بصورة آلية، وبالضرورة، بل وحتى بالسهولة المتصورة تبديل سلوك المدمن. فالمعين بالأصل هو غير مسؤول عن ادمان الكحولي أو متعاطي المخدر. ولأن سلوك المعين يسهم فقط في ابقاء المدمن على ادمانه، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن المعين يضبط المدمن ويسيطر عليه، ولا يتضمن أيضاً أن هذا المعين هو مسؤول.

إن كثيراً من الأعوان يأخذون على عاتقهم مسؤولية من يرتبطون فيهم ويحبونهم من المدمنين، ومن خلال جعل المعين يأخذ دوراً هاماً في عملية علاج المدمن، فإن المعالج بهذه الحالة يعبر عن

اعتقاده أن المعين هو مسؤول. ومثل هذه الرسالة التي يحمِّلها للمعين يجعل هذا الأخير في حالة متزايدة من الشعور بالاثم، ويجعله يبذل قصارى جهده لجعل صديقه أو قريبه المحبوب المدمن الذي يرتبط به ممتنعاً عن شرب الكحول أو تعاطي المخدر. وهذا ما يترتب عنه أن يفعل المزيد بما سبق وفعله في الماضي.

لعل الأهمية هنا تكمن في جعل المعين يقبل على العلاج لمنفعته الذاتية ولمساعدته وليس في أن يكون جزءاً من الخطة العلاجية في تبديل سلوك المدمن. وهنا تكمن الصعوبة الكبرى التي يواجهها المعالج لأن الموقف يتطلب منه المناورة للأسباب التالية:

١ ـ ما أن يتوقف المعين عن تقديم الدعم، أو الانقاذ، أو التحمل والانكار لمشكلة المدمن، فإن هذا الأخير سيكون مكشوفاً غير محمي من مواجهة النتائج الطبيعية والعقوبات التي يتلقاها نتيجة سلوكه الادماني.

٢ ـ ما أن يحدث ذلك، فإن المدمن والحالة هذه سيدفع من ذاته ثمن هفواته وزلاته والمتاعب التي تواجهه نتيجة سلوكه الادماني، وبالتالي فإن حياته تسوء وتتراكم مآسيه ومعاناته

٣ ـ ما أن تسوء حياته وتزداد متاعبه وتتراكم ويغرق فيها فإنه قد يتعامل مع ادمانه تعاملا أكثر اسرافاً واغراقاً ليخفف واهماً من معاناته وضنكه وكربه.

٤ ـ وهنا يواجه النتائج الطبيعية التي تترتب عن هذا الاسراف والاغراق في تعاطي المسكر أو المخدر، حيث يتهاوى ويهبط هبوطاً حلزونياً في مأزق الانسمام الكحولي المستمر وفي هذا

الهبوط والتهاوي سيصل الى أسفل الهاوية فيصطدم بها.

وفي اعتقاد كثير من المعالجين أن الاصطدام بقعر الهاوية وأسفلها هو بداية الصحوة والخطوة الأولى نحو الشفاء. فالمدمن لم يعد والحالة هذه قادراً على انكار وجود مشكلة عنده، ويحفز على ايقاف المسكر أو المخدر بفعل صدمة قعر الهاوية. ومع اصطدامه بقعر الهاوية وبسحب دعم المعين له وتحييد دوره، فإن هذا الأخير، بدوره البعيد، يساعد المدمن بالبدء في السير نحو الشفاء. ولسوء الحظ أن تردي المدمن الى هذا الدرك الأسفل يثير عند المعين مشاعر المسؤولية تجاه المدمن، وحيث أن سحب دعم المعين يجعل من سقوط المدمن الحلزوني أكثر تسارعاً، فإن هذا السقوط يمكن ايقافه بفعل عودة المعين الى دعم المدمن. وإذا ما صدف وطغى الشعور بالاثم على نفسية المعين، والخوف، والحسد والغيرة وغير ذلك من المشاعر المنافية المضطربة بفعل معاناة الكحولي الصديق، فإن المعين يخرج من محنته النفسية واضطرابه الانفعالي من خلال انقاذ صديقه الكحولي أو المدمن ومد يد العون ليعود فيلعب دور المعين. وفي رأي رواد العلاج السلوكي أن مثل هذه القضية يمكن التعامل معها بالطرق التالية:

أ ـ يمكن افهام الأعوان أن جهودهم الرامية ـ حسبما يظنون ـ الى إنقاذ من يحبونهم من المدمنين لن تبدل من سلوكهم الادماني. ويتم ذلك من خلال مراجعة أنموذج الحوادث في العلاقات بين الطرفين مراجعة مستمرة. وبهذا يمكن اقناعهم أنهم إذا كانوا لا يرغبون في تقديم العون لهؤلاء الاحباء المدمنين من أجل الاقلاع عن ادمانهم، فإن أفضل ما يفعلونه هو التوقف عن تقديم «العون

لهم» والابقاء بعيدين عنهم.

ب ـ ويمكن أيضاً أن نساعد هؤلاء الأعوان بافهامهم أن صنيعهم هذا يؤدي الى هبوط محبيهم هبوطاً حلزونياً مستمراً، وجعلهم في حالة سوء بصورة مضطردة وذلك خلال فترة قصيرة جداً.

جـ ـ وأيضاً نساعد هؤلاء الأعوان على الادراك والتبصر أنه لا يوجد ما يضمن أن هذا التردي الوخيم في أحوال محبيهم قد يكون بداية الطريق نحو الشفاء من الادمان.

د ـ وتوجد أيضاً مخاطر سقوط المحبوب المدمن في هاوية الانهيار والبقاء في القعر بلا ردة أو رجعة وأن هناك مستوى ثابتاً جديداً من العمل الضعيف يمكن الوصول اليه

هـ ـ ويمكن مساعدة الأعوان لايقاف دعمهم للقريبين من المدمنين الذين يعيشون معهم وذلك بأن يتخذوا القرار بالامتناع عن تقديم الدعم أو الانكار، أو تحمل متاعبهم والسكوت عنها وذلك بهدف جعل هؤلاء المدمنين يستفيدون من النتائج الطبيعية التي تترتب عن سلوكهم الادماني. وفي مقدور المعالج أن يقنعهم بالفوائد التي تعود عادة على هذا التجنيد لنشاطاتهم تجاه المدمنين أصحابهم وخلانهم، وعلى بقية أفراد العائلة أيضاً ونقصد ايقاف تقديم العون لهم.

فالاستمرارية في الدور المعين لا تساعد المحبوب المدمن، بل بالعكس تجعله مع بقية أفراد أسرته يعاني الألم. وإذا اختار المعين هذا الدور ورغب في الاستمرارية فمعنى ذلك أنه يضحي بالفوائد التي تعود على المريض وعلى أفراد أسرته معاً، أي بابقائه في قوقعه

ومستنقع ادمانه بدون أن يوصله الى قعر الهاوية فيحرمه من الصحو ومعاناة نتائج ادمانه.

إن من واجب المعالج أن يوضح للأعوان ما يترتب عن دورهم من مخاطر على المدمنين الذين يرعونهم فيما إذا استمروا في مساندتهم الايجابية أو السلبية لهم. وأن أفضل عون يقدمونه الى ما يحيطونهم بالرعاية هو أن يعوا أفكارهم الخاطئة التي تسبب لهم الاضطرابات الانفعالية:

وفي كثير من التفاؤل والأمل، عندما يدرك الأعوان الخطوات السالفة الذكر، فإن البعض سيكف عن لعب دور المعاني الصامت، أو المنقذ وغير ذلك وليعلم المعالج أن الغالبية العظمى من هؤلاء الأعوان قد يعجزون عن اتباع المسلك الذي يدركون إنه الأفضل بالنسبة لأي انسان. ولعل البند الخامس من الطرق التي ذكرناها هو الأكثر صعوبة بالنسبة للمعين. وأنه قد حان الوقت لأن نعاين أهم المعتقدات الخاطئة التي تطوف في أذهان الأعوان عادة.

٤ ـ المعتقدات الخاطئة عند الأزواج الأعوان والخليلات:

تؤمن النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن معظم الأفراد الذين يبقون على علاقات مدمرة مخربة مع المدمنين على المخدرات أو الكحول فلأنهم يعانون من انفعالات سلبية مضطربة تمنعهم هجر أو اعادة النظرة بالعلاقة غير المرضية، وأن كثيراً من أصحاب النظريات والمعالجين يفرضون أن الأعوان الزوجات أو الخليلات يكونون عادة شركاء في الادمان مع أزواجهن (ليس هذا الأمر ضرورياً في

المجتمعات الشرقية، والافتراض هنا مستوحى من العرف الثقافي الغربي ـ المؤلف ـ). إن هذه الفكرة توحي لنا بالاعتقاد أن المرأة غالباً ما تختار خليلها الذي يعاني مس مشكلة الادمان، إما لأن هذا الصديق هو مدمن أو لأن الاثنين لديهما حاجة لا شعورية لكي يبقيا مدمنين.

وبالطبع لا نجد في هذاالافتراض ما يعيننا على الأخذ به وذلك للأسباب التالية:

أولها: أن كثيراً من المعينات الزوجات يخترن الخليل قبل أن تتفاقم مشكلته الادمانية. وهذا ما يجعل في الأمر صعوبة في اختبار صحة مفهوم الشريك المرتبط Codependence. وثانيها: أنه بالرغم من نفور كثير من المعالجين من استخدام تعبير الشريك المرتبط، فإن الخبرات السريرية تشير الى أن كثيراً من الأفراد ينتقلون في علاقاتهم من شخص مدمن الى الآخر

وبالطبع إن بعض النسوة اللاتي ينخرطن انخراطاً متكرراً مع أحبائهن أو أزواجهن المدمنين فإنهن في هذا الانخراط يرتبطن بسلوك مخرب للذات. وأيضاً تدل الخبرات السريرية أن بعض النسوة المعينات يرفضن التخلي عن العلاقة المخربة اليائسة مع الفرد المدمن. وأن هؤلاء المعينات عادة ما يدخلن في أدوار الشريك أو المعاينة الصامتة.

أ ـ قيمة الذات والحاجة الى الحب:

تفترض النظرية العقلانية ـ الانفعالية أن كثيراً من النسوة يبقين على علاقة مستمرة مع الكحوليين أو المدمنين على المخدرات

بفعل فقدانهن للطمأنينة، والخوف الشديد من البقاء لوحدهن منعزلات بحيث يتمسكن بأفكارهن الخاطئة التي تقنعهن أن هذا أفضل ما يكونن عليه. وبما أنهن يعتقدن بكونهن كائنات بشرية لا وزن لهن ولا قيمة، ولا يحتضنهن أي انسان آخر جيد المسلك والسيرة الاجتماعية، فإنهن يبدين شكوكهن في الدخول في أية علاقة مثل هذه العلاقة السوية مع أشخاص يؤمن أنه لابد وأن يرفضن عاجلا أو آجلا من قبل هؤلاء الأشخاص الأسوياء عندما يكتشفون انحطاط قيمتهن الذاتية.

ولكن حينما يدخلن في علاقة مع شخص مدمن، يشعرن بالطمأنينة، وعلى الأقل، أن الذي يعاملهن معاملة سيئة، يعلم بما تكن عليه النسوة من فقدان الكرامة والاعتبار للذات، ورغبتهن بالاستمرار رغم العلاقة المهينة الكائنة بينهما، فهن لا يرغبن مع ذلك، أن يعشن لوحدهن منعزلات.

وباعتقادهن أيضاً أنه حتى لو كانت العلاقة سيئة فهي أفضل من أن لا تكون هناك علاقة اطلاقاً وعلى هذا فهن يتحملن جميع أنواع السلوك المهين، القاسي، الشرس الصادر عن المدمن الخليل أو الزوج لأنهن التعيسات اللاتي لا يجدن من يؤويهن سوى هذا الصنف من الرجال، والا بقين وحيدات معزولات تأكلهن العزلة، ويغتالهن المرض النفسي. إن علاج هذا الصنف من النسوة يتركز أفضل ما يتركز على مسألة اعتبار الذات والحاجة الى الحب والارتباط. فالمعالج الذي يتبع مدرسة العلاج العقلاني ـ الانفعالي يسعى الى إغراء هؤلاء النسوة على مناهضة هذه الأفكار الخاطئة التي تعشعش في أذهانهن،

وتوجه حياتهن لتكون في هـذا البؤس الذي مـا بعده بؤس، وفي هـذا الارتباط الزري الذي ما بعده زراء. فلا مجال لهذا الاعتقـاد الخاطىء بأنهن وضيعات فـاقدات اعتبـار الذات والمكـانة الاجتمـاعية الـلائقة بـالانسان. ويجب عليهن أن يتخلين عن فكـرتهن أنهن يقبلن المعاملة السيئـة خوفـاً من أن يعشن منعزلات، وعليهن أن ينفصلن عن هـذه العلاقة الباثولوجية (المرضية).

يتعين على المعالج أن يتعامل مع مسألـة اعتبار الـذات المعتورة عنـد هذه النسـوة وحالمـا يناهض الأفكـار الخاطئـة ويستطعن قبـول ذواتهن، فإن الخطوة الثانية تكون بطرح قضية العزلـة والخوف منهـا. وهنا يلجأ المعالج الى جميع الوسـائل العـلاجية السلوكيـة الراميـة الى ازالة الخوف من هـذه العزلـة، بحيث يستطيـع أن يوصلهن في نهايـة المطاف الى اعادة نظرهن في العلاقة القائمة الراهنـة مع المـدمن. وقد يحتجن أيضاً الى تنمية مهاراتهن الاجتماعية في تأكيـد الذات، وتعلم تقنية حل المشكلات.

وأن السبب في اعـداد هؤلاء النسـوة المعتـورات «الأنـا» كيـما يصبحن أكثر ثقة بأنفسهن، وقادرات على العيش لوحدهن وذلك قبل اعادة النظر بالعلاقة القائمـة مع المـدمن هو أن المـدمن قد يهـدد بترك الدار كوسيلة من أجل ارهاب المرأة كيما تعود عن قرارهـا فتخضع الى ارادتـه. وفي هذا المـوقف تحتاج المـرأة المعينـة الى جلسـات داعمـة، وجميع أنماط التقنيـات العلاجيـة التي يمكن للمعالـج أن يدربهـا عليها كيما تتحدى مخاوفها من الهجر والترك. وعليها أن تقاوم الانهيار خلال

ظهـور الأزمة. ويتعـين عليها أيضـاً أن تخلق الفرصـة لاعادة معـاينة نقاشها في علاقتها مع من تعينه.

وإذا قيض وأفلحت في انهاء هذه العلاقة فإن مهمـة المعالـج لم تنته بعد. إذ لما كانت بحاجة الى الحب، وعاشت لفترة طويلة بمشاعر المهانة الذاتية وفقدان اعتبار الذات، فقد تخامرهـا الأفكار، وتشـدها تلك المشـاعـر التي وصفنـاهـا الى البحث عن عـلاقـة أخـرى ممـاثلة للسـابقة. وهـذا ما يستـوجب ابقاءهـا على عـلاج ومتابعـة لفترة من الزمن.

ب ـ المطالب المفروضة على الذات بهدف ضبط المدمن:

إن المعينـات اللاتي يلعبن دور المنقـذات بروح انسـانية ايمـانية دينيـة في علاقـاتهن مع المـدمنـين غـالبـاً مـا يعتقـدن أنهن مسؤولات بالدرجة الأولى عن شفاء المدمن المرتبـطن به، وعـادة ما يفـرضن على ذواتهن الشعور بالمطالبة بضرورة ضبط سلوك أصحابهن المدمنين ضد تعاطي المخدر أو الخمر، بصرف النظر عن عدد مـرات الانتكاسـات التي تلحق بهؤلاء المـدمنين. فـلا يفتـأن بـالالحـاح والمـلاحقـة لضبط السلوك الادمـاني بدون كلل ولا ملل. إنهن يفـرضن عـلى ذواتهن مـا سبق وذكرناه من أوامر جبريـة. يجب ضبط هذا السلوك. ومثـل هذه النسوة يحملن معتقدات خاطئة من نوع آخر غير التي ذكرناها، وهـذه المعتقـدات تدور حـول الطبيعـة النبيلة في حمـل أعبـاء هـذا الـواجب الانسـاني الـذي يبـارك فيـه الأخـلاق والـدين. وفي اعتقـادهن أنهن يحملن هـذه المسؤولية ليعبـرن من خلالهـا عن حبهن لهـذا الـزوج أو

الصديق. وكلما أمعن في اساءة معاملته لهن، أو تعاظمت مرات انقاذهن له، أو تفانين في بذل الجهود للجمه عن المسكر أو المخدر، كلما زادت عندهن البراهين له على شدة محبتهن له. وكأن مثل هذه التصرفات والأعمال الغيرية البالغة في المثالية تضفي عليهن مشاعر الارتياح بكونهن يقدس قرابين وشواهد له على صدق اخلاصهن ووفائهن، وبكلمة أكثر وضوحاً كلما عانين وكابدن من الكحولية، كانت تضحياتهن أكبر وأعظم في انقاذ هذا المحبوب من غائلة الادمان.

إن علاج أمثال هذه النسوة يتركز أساساً على التخلي عن ادراك عظمة وكبر المسؤولية في ضبط المدمن. فلا يوجد من يستطيع السيطرة على سلوك الآخرين وتبني هذا المعتقد. إذ مهما بذلت من جهود مضنية من قبلهن، ومهما تسامت نفوسهن في التضحيات بلا حساب، فإن الكحوليين أو المدمنين على المخدرات يستطيعون ضبط سلوكهم بأنفسهم، وهذا ما يجب ترديده على مسامعهن العديد من المرات إن لم نقل المئات من المرات. ومن المناسب أن يطلب المعالج من هؤلاء النسوة رصد عدد المرات في لائحة والتي من خلالها حاولن ضبط السلوك الادماني ليجدن أن كل جهودهن باءت بالفشل.

ولعل أفضل فلسفة علاجية عملية يمكن تطبيقها على هؤلاء النسوة هي أن يطلب منهن مراجعة ما جنين من فوائد في هذه العلاقة. هل كانت العلاقة قائمة على منافع متبادلة للطرفين؟

لقد كن يلعبن في الواقع دور الأبوين نحو المدمن أو دور كونه ولداً وأن المسرة الوحيدة التي جنينها من هذه العلاقة هي مسرة

حاجتهن العصابية الى الضبط والسيطرة أو لعب دور الأبوين.

وبهذه العلاقة العصابية لم يحصلن على أي مطلب علاقة رومانسية كما عادة يفتش عنها غيرهن السويات.

والسؤال الذي يطرحه المعالج عليهن: ما هي المخاطر التي تترتب فيما إذا ما أقلعن عن تحمل مسؤولية السيطرة على سلوكه الادماني، وبقين فقط في حالة استمتاع بالصداقة؟ ثم ما هي الخسارة التي تلحق بهن من اعتبار للذات إذا ما تخلين عن لعب دور البطولة هذه؟

ومرة ثانية نلح على أن تتعلم المعينات على قبول ذواتهن الأمر الذي غالباً ما يساعدهن على التخلي عن هذا الدور العقيم.

٥ ـ المعتقدات الخاطئة التي نجدها عند الآباء:

غالباً ما ينخرط آباء المدمنين في شؤون هؤلاء ليكونوا أعواناً لهم ونقصد المراهقين الأبناء المدمنين، أو الأحداث اليافعين وذلك بطريقة أكثر وضوحاً وعلانية من الأزواج أو المحبين. وغالباً ما نرى أن الآباء يعدون أنفسهم المسؤولين مباشرة عن سلوكيات أبنائهم المدمنين في تغطية مصاريفهم، والأموال التي يبددونها على العبث واللهو، وشراء المخدرات، وتسديد الديون التي تترتب عن هذا العبث والسلوكيات الشاردة، وتوكيل المحامين للدفاع عن السلوكيات والأعمال المنافية للشرائع القانونية التي يرتكبها هؤلاء الأحداث أو المراهقون، وأكثر من ذلك نرى الآباء وهم يؤمنون قوت أبنائهم المدمنين وسكناهم. وفي هذا الصنيع يعتقدون أنهم يحمونهم

من غـائلة العوز والاحتيـاج والتشرد، وينقـذونهم من المرض والمهـانة والازدراء الاجتماعي.

وبالتأكيـد إن معظم الآبـاء لا يدركـون حق الادراك علاقـاتهم القائمة مـع أولادهم المدمنـين. وكل مـا في الأمر أن الآبـاء لا يجدون حسب اعتقادهم أنهم يستفيدون من التوقف عن تقديم هـذا العون، فإذا ما أحجموا عن انقاذ أولادهم من شـرور الكحول أو المخـدرات فإنهم سيعانون من نتائج هذا التمنع.

لهذه الأسباب تبـرز الحاجـة لأن يثقف المعالـج الأبوين اللذين يقومان بدور المعين لأبنائهما المدمنين ويبصرهما كيف أن هذا العون انما يسيء الى الـولد المـدمن، ويدفعـه الى الاستمرار في ادمـانـه وليعلم المعـالج أنـه سيقابـل اعتراضـات من جانب الأبـوين ان التوقف عن مساعدة ولدهما لا يحسن من حياتهما وأوضاعهما. بل سيرد الآبـاء على هـذه المطالب والنصـائح بكـونها ضد نـزوعاتهم وأدوارهم كـآبـاء في واجباتهم تجاه أولادهم، وأنهم عـلى استعداد لقبـول المعانـاة من أجل انقاذهم.

إن أفضل حوار ونقاش يمكن للمعالج أن ينخرط فيهما مع آبـاء المـدمنين لكي يقتنعـوا بـالعـدول عن هـذه الأدوار الـداعمـة المنقـذة المساندة لأولادهم المدمنين هو اتخاذه مـوقفاً سلطويـاً، فيقول لهؤلاء؛ إن التـأثير الايجـابي الوحيـد الـذي لـه الفعـاليـة عـلى سلوك أولادهم الادماني هو في التوقف عن تقديم أي غـوث أو دعم لهم. فالانقـاذ أو الغـوث هما اللذان يخلدان السلوك الادمـاني، وأن عليهم أن يتحملوا

بصبر مراقبة أولادهم المدمنين وهم يصطدمون في قعر الهاوية في انهيارهم الحلزوني المتسارع، وهم بدون عون ولا اسعاف، وذلك لمصلحة أولادهم.

قد يقبل الآباء هذه الحقيقة، الاّ أنهم في الوقت نفسه ما زالوا على استعداد ضمنياً لتقديم العون لأولادهم حالما يشاهدونهم وقد قاربوا على الاصطدام بقعر الهاوية والدرك الأسفل بدافع انفعالاتهم المضطربة. وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات الانفعالية من نوع قلق الأنا ego anxiety، أو قلق الانزعاج، أو مشاعر الاثم (Digiuseppe 1983).

إن أمثال هؤلاء الآباء الذين يعانون من «قلق الأنا» غالباً ما يعتقدون أن قيمتهم كبشر تقرر بالكيفية التي يكون عليها سلوك أولادهم. فإذا كان أولادهم يعيشون المتاعب والمشاكل، فمعنى هذا أن هناك أخطاء تربوية ارتكبوها بحق أولادهم وهم مسؤولون عن تلك الأخطاء، وهذا ما يفقد قيمة الوالد ويدني من مكانته الأسرية والاجتماعية (Digiuseppe 1983) إن هذا المعتقد الذي يحمله الآباء يمكن دحضه ومهاجمته عملياً وفلسفياً. فعلى المستوى العملي يمكن للمعالج أن يتحدى أي انسان يكون مسؤولا مسؤولية مطلقة وكاملة عن الطريقة التي نما وتطور فيها الفرد، وله تأثيره تأثيراً حاسماً على أولاده.

على المستوى الفلسفي يمكن للمعالج أن يعلمهم كيف يقبلون ذواتهم كأشخاص بصرف النظر عن نتاج أعمالهم التربوية وأفعالهم.

أما الآباء الذين يعانون من قلق الانزعاج فغالباً ما يعتقدون أن الجهد الرامي الى فرض تدخلهم قسراً بشؤون سلوك أولادهم هو أمر على غاية من الصعوبة وهم على درجة كبيرة من الضعف في تحمل الألم سواء في مشاهدة معاناة أولادهم أو في تحمل سلوكهم عند التدخل في أمرهم قسراً ولعل البديل عن هذا المعتقد الذي يتسم بتحمل ضعيف للاحباط هو أن الاعتقاد أن أولادهم هم على درجة كبيرة من الهشاشة في التصدي إذا ماجوبهوا بمسألة انغماسهم في الادمان وتعاطي المخدرات أو المسكرات. وأيضاً ضعفاء جداً أمام عملية حرمانهم من ادمانهم أو انكارهم لرغباتهم (Digiuseppe 1983).

وغالباً ما يعتقد الآباء أنهم إذا ما عقدوا العزم على مواجهة أولادهم بالتدخل قسراً أو إذا ما توقفوا عن تقديم العون لهم، فإن أولادهم سيتعرضون الى اضطرابات انفعالية عنيفة بحيث يتعذر شفاؤهم. ولعل الذي يمكن أن يطرحه المعالج على هؤلاء الآباء هو ماذا يتوقعون أسوأ مما آل اليه أمر أولادهم؟ لذا فإنه من الأهمية بمكان الاَّ يقتصر التصدي للتحمل المنخفض للاحباط عند هؤلاء الآباء فقط ولكن أيضاً مهاجمة معتقداتهم، أن أولادهم لا يستطيعون تحمل الاحباط.

الفصل الحادي عشر

تطبيق تقنية العلاج العقلاني - الانفعالي ضمن الجماعة العلاجية (الاصلاحيات)

لعل الشكل الأكثر نموذجية وشمولية في علاج الادمان على الكحول والمخدرات هو العلاج ضمن الجماعة العلاجية Therapeu-tic community . فالجماعة العلاجية تعد بمثابة الصورة المصغرة للمجتمع. وهو علاج يقوم على برنامج فيه احتواء ذاتي ومتكامل التركيب، يقدم العلاجات الرامية الى اعادة تأهيل المدمن على الكحول أو المخدرات اضافة الى اغناء للحياة العامة.

إن الأعضاء المقيمين في الجماعة العلاجية يشكلون عادة نظام دعم علاجياً وعاطفياً قويين. وهؤلاء المرضى المقيمون يتلقون العلاج الفردي والجماعي ويطورون مهاراتهم المهنية، ويتابعون دراساتهم الثانوية، ويتعلمون المسؤولية وينمون مهارات التبيؤ الاجتماعي

ومن خلال التقدم والنمو خطوة بخطوة بصورة منهجية نجد أن المقيمين في هذه الجماعة العلاجية والذين كانو عاجزين عن التكيف في المجتمع سابقاً، أخذوا يتهيؤون لدخول المجتمع ثانية دخولا متدرجاً أو حالما يصلون الى مستوى مقبول من الأهداف النوعية التلاؤمية سلوكياً حينئذ فإن أفراد هذه الجماعة العلاجية (الأعضاء) يصبحون مؤهلين للارتقاء الى مستويات متقدمة من المسؤولية الاجتماعية.

في هـذا الفصـل سنـرى كيف أن مبـادىء العـلاج العقـلاني ـ الانفعالي يمكن تطبيقهـا تطبيقـاً فعالا وتتكـامل مـع تركيب الجمـاعة العلاجية التي بدورها تصبح أيضاً متكاملة عند أخذها بتقنيـة العلاج العقلاني ـ الانفعالي.

١ ـ الأسلوب المتوافق النقي من الشوائب:

من الأهميـة بمكـان أن يعمم الأسلوب العـلاجي المتـوافق مـع الجمـاعـة العـلاجيـة. إن هـذا يعني أن جميـع المقيمـين في المؤسسـة العلاجية الجمـاعية يتعلمـون المعلومات نفسهـا، ويوحـدون رهطهم بمحاولات مشتركة. وأن العمل في هذه الجماعـة وفق أمور متضـاربة وتصادمية على مستوى الافتراضات النـظرية من شـأن ذلك أن يـدب التقسيم والتجزئة في هذه الجماعة، ويشوش أفرادها، وتميّع المعالجة. فإذا ما طبق أسلوبان نظريان أو أكثر ضمن مؤسسة علاجية فإن أفـراد هـذه المؤسسة سيتلقـون تعليمات مختلطة متضـاربـة حيـال مـا يتعـين عليهم عمله وتنفيذه لمساعـدة ذواتهم. وأكثر من ذلـك قد يتقـاعسون عن النظر في أفكارهم الخاطئة والعمل علي تبديلها، وبالتالي يؤثـرون تأثيراً سلبياً على البرنامج العلاجي ومن يديرون هذا البرنامج بالنسبة لفعاليته المدركة المتوقعة.

يقدم العلاج العقلاني ـ الانفعالي للمقيمين المرضى في المؤسسة العلاجية لاعادة التأهيـل الاستراتيجيـة العلاجيـة الموجهـة والفلسفة اللتـين تشجعانهم عـلى تحمل المسؤوليـة بالنسبـة لمـاضيهم ومن أجـل احداث التبديل المطلوب في بناهم المعرفيـة (Ellis and Harper, Wes-sler 1980).

وهـذا العـلاج لا يلح عـلى الـوسـائـل والاجـراءات المخففـة لحـالاتهم ومشكلاتهم بـل على العكس يؤكـد عـلى مسـاعـدة مـرضى الادمان في ايجاد التبديلات الفلسفية والتركيبيـة في أعماق تفكيـرهم، ومن طـرق هذا العـلاج هي جعل هؤلاء المـرضى الـذين ينخـرطـون ضمن الجماعة العلاجية يواجهون المـوترات Stressors، ويجهـدون في تبديل تفكيـرهـم وعواطفهم وسلوكهم الادمـاني، ثم إن هذا العـلاج يشجعهم عـلى قبول نتـائـج أعمـالهم وتحمـل الـظروف غـير السـارة المزعجة. ورغم أن هؤلاء المقيمـين Residents يفضلون، إن خيروا، الأسلوب العـلاجي المـريـح (لأنهم بـطبيعتهم يميلون الى تجـنب المسؤوليات وهـم أطفال بأعماق نفوسهم، ويجنحون نحو الحلول التي لا تـدوم الاَّ لمـدة قصيـرة)، فـإن الجمـاعـة العـلاجيـة Therapeutic communityلا تنفذ الاَّ ما هو أفضل وأحسن لمصلحة المريض المتعـالج المقيم، وليس الذي يهمهم أن يحصلوا عليه. لذا فإن النتيجة دوماً أن تنتابهم المعاناة والانزعاج من جراء تطبيق ما هو لمصلحتهم، وليس بما هم يـرغبون، وعليهم تحمـل ما يفـرض عليهم لمصلحتهم، وبالتـالي فإن هذا يقودهم ـ وهو الـطريق الوحيـد ـ الى درب الشفاء والخـروج من مستنقع الادمان الآسن.

وعنـدما يـطلب من المتعالـج في هـذه الجمـاعـة العـلاجيـة أن يتحمـل الانـزعـاج الـذي عـادة مـا يتـزامن مـع تحمـل المسؤوليـة والمداخلات العلاجية التوجيهية، فـإنه غـالبـاً مـا يمتثل الى ذلـك لأنه يدرك أن هذا أفضل ما يقدم له ولمصلحتـه. وإنه لمن المشكـوك فيه أن هؤلاء يبـدون استعـدادهم في اشـراك ذواتهم في عمـل لمسـاعـدة

أنفسهم، وأيضاً مساعدة الآخرين إذا كان الأسلوب العلاجي البديل الوثير هـو متوفـر ثم إن المدمن المتعـالج ضمن إطـار هذه المجمـوعة العـلاجية عـادة ما يبـدي اعترافـه أن الطريقـة السهلة في العـلاج لا تفيـده. وأن العـلاج العقـلاني ـ الانفعـالي سيكـون عنـد هؤلاء محط الأمل والرجاء لأنه يقسرهم على ما يرغبون تجنبه، هذا التجنب الذي هـو جزء من أعبـاء الحياة الـطبيعية، وهي المسؤوليـة وبـدون تحملهم المسؤوليـة لا يستطيعـون مواجهـة مشكلاتهم والحصـول على تبـديـل السلوك المطلوب الذي هو طريق الشفاء وبالتالي أخذهم المبادرة لكي يلعبوا الدور الايجابي في عملية اعادة التأهيل واكتساب طـرق جديـدة في التعامل مع مشكلاتهم ومتاعبهم تعاملا ناجحاً تكيفياً.

٢ ـ الدخول الى الجماعة العلاجية:

على مستوى الارتباط الكيميائي بالمادة المخـدرة أو المسكرة، إن الأشخـاص المـدمنـين نـادراً مـا يـدخلون العــلاج بمحض ارادتهم وطوعياً. وعنـدما يبـدون رغبتهم في الانخراط في العمليـة العلاجيـة فإن وراء هذه الرغبة هـو وصولهم الى الحضيض، واصـطدامهم بقعر الهـاوية من جـراء اسرافهم في تعـاطيهم المسكر أو المخـدر، فلم يعد يطيقون العيش مرميين في الطرقات والشـوارع، وقد فقـدوا مأواهم، وعملهم، واحتواء أفراد أسـرتهم لهم، أو لنقل هجـروا أسرتهم لأنهم لم يعد يطيقون ويتحملون الزجر والرفض لسلوكهم، أو لأنهم طـردوا حتى من بيوتهم. ونرى أكثرهم وقد وقعـوا في قبضة العـدالة بـادانات جرمية نتيجة سلوكهم الطائش المضاد للقانون، وعربـدتهم العدوانيـة

ضد الغير، أو تمت احالتهم الى الطبابة السيكاترية من قبل القضاء. أو خرجوا من المشافي السيكاترية.

إن بعض هؤلاء، بعد هذه المحن القاسية التي واجهتهم نتيجة سلوكهم الادماني قد يستبصرون بأحوالهم وبما آلت اليه أوضاعهم ليروا الأخطاء التي ارتكبوها. ولكن للأسف إن أمثال هؤلاء وهم القلة هي حالات استثنائية وليست قاعدة.

وقد يجد المعالج الذي يعالج الجماعة العلاجية أن المنخرطين الجدد في هذه الجماعة يظهرون حماساً نحو تلقي العون العلاجي من هذه الجماعة. وبالطبع تكمن رغبتهم هذه في تلقي العلاج تلقياً منفعلا، وليس الحصول عليه من خلال اسهاماتهم وبذل الجهود الذاتية، أي يكونون أعضاء فاعلين، وكأنهم يريدون العلاج أن يأتي لوحده لعندهم وهم يأخذونه فقط بدون عناء.
وغالباً ما يعتقدون أنه من أجل أن يبدلوا سلوكهم الادماني لا يتعين عليهم أن يبذلوا جهداً من جانبهم ونقصد جهداً فاعلا فيه الكد والتصميم الذاتي. لذا فعندما يواجه المدمن الانزعاج والشدات، سرعان ما يلتمس المشروب أو المخدر لازالة قلق الانزعاج والتوتر كوسيلة للهروب من هذا الانزعاج. وهو كما نعرف هروب قصير المدة، مرهون بتواجد الكحول أو المخدر في جسمه ودمه (مدة تأثير الكحول أو المخدر).

وكما سبق وشرحنا مراراً وتكراراً أن المدمن يتصف بشخصية ضعيفة التحمل للاحباط الناجم عن عدم تحقيق رغبة ما، أو انزعاج

وضيق، وتعوّد على تجنب الظروف الموترة حتى الخفيفة الشدة، لذا فإن الوصفة العلاجية علها أن تزيد من عتبة تحمله للاحباط أو الشدات، وتدربه على اكتساب مهارات تعاملية مناسبة تحقق له تجاوز الصعوبات التي يتعرض لها. تلك هي الأهداف الأولية للعلاج العقلاني ـ الانفعالي المنفذ ضمن الجماعة العلاجية.

إن الجماعات العلاجية تقدم للمرضى المقيمين الذين يؤلفون هذه الجماعات برنامجاً يقوم بتنفيذه كل مريض خطوة بخطوة بحيث يتعلم المريض المنخرط في هذه الجماعات تحمل الاحباطات والمضايقات اليومية الحياتية.

يحظى المتعالجون بالتقدم العلاجي من خلال زيادة مستويات صعوبة البرنامج المطبق، حيث كل مستوى من مستوياته المتزايدة في الصعوبة تفرض على المريض الأخذ على عاتقه المزيد من المسؤوليات، ومواجهة موترات أكثر شدة وصعوبة (أو حوادث منشطة للتوتر activating events). وحيث أن المقيمين المتعالجين في هذه الجماعة لا يستطيعون الهروب، أو تجنب هذه الحوادث المثيرة للتوتر الاّ إذا قرروا الانسحاب من البرنامج، فإنه يتعين عليهم إذن مواجهتها والتعلم في التعامل معها.

وكيما يعرف القارىء تركيب هذا البرنامج الذي نحن بصدده أي كيف يتم تحريض الأفكار الخاطئة في أذهانهم، فإننا نذكر المثال التالي الذي يعطي فكرة عن هذا التركيب ومحتواه.

الأفكار الخاطئة التي تؤدي الى النزوع نحو شرب الكحول أو تعاطي المخدر، اضافة الى معاناة قلق الانزعاج

(A) القواعد المطبقة على الجماعة العلاجية ـ المسؤوليات (وتعد الحوادث المثيرة للتوتر)

(RB) الأفكار العقلانية: أنا لا أرغب المشاحنات.

(IB) الأفكار اللاعقلانية: لذلك يتعين عليَّ أن أبتعد عنها وألا أتعامل معها لأنني لا أستطيع تحمل المشاحنات ـ لا أستطيع تحمل الانزعاج.

(C) رد الفعل (أو النتائج): الاحباط ـ الغضب ـ الاكتئاب.

(RB) الأفكار العقلانية: لا أرغب الشعور بالانزعاج.

(IB) الأفكار اللاعقلانية: لا أستطيع تحمل الانزعاج

ـ من الصعب جداً تحمل هذا الانزعاج.

ـ يتعين عليَّ الا أتحمله.

(CB) (النتائج السلوكية السابقة للعلاج): يتم اللجوء الى الخمر أو تعاطي المخدر مں قبل المدمن المتعالج من أجل الهروب من الانزعاج نظراً لاعتقاده أن الموقف لا يمكن تحمله.

(CB) (النتائج السلوكية الجديدة الناجمة عن العلاج): يمنع المتعالج من اللجوء الى الخمر أو المخدر، ولا يستطيع تجنب المسؤوليات المفروضة عليه في هذا المجتمع العلاجي، بحيث يتعلم تفكيراً أكثر ملاءمة. يتعلم أن الانزعاج يمكن تحمله.

٣ ـ الجماعة العلاجيـــة:

يتعمم في الجمـاعـة العـلاجيـة ويهيمن مـا نسميـه بـالضغط الايجـابي. وهذا الضغط الايجـابي يخدم في واقـع الأمر عـدة أهداف. أولهـا أن المـرضى المقيمـين يضعـون نصب أعينهم أن عليهم محـاسبـة اندادهم على سلوكهم. ثم أن المواقف الايجابية ـ والتي تغني الذات، والسلوكيات الملائمـة كلها تـلاقي التعزيـز بالقبـول، بينما سلوكيـات الضيـاع والتشـرد في الشـوارع السلبيـة تضعف وتثبط، وفي هـذه الجمـاعة تنتـظر الخبـرات المتعلمـة والنتـائج السلبيـة أولئـك الـذين يظهرون هذه السلبيات.

ويقضي البرنامج استخدام صفـارات الاحتجاج عـلى أندادهم Peers لاظهـار المـواقف والسلوكيـات السلبيـة. ويتعمـدون هـذا الاحتجاج لكي يساعـدوا هؤلاء الأنداد عـلى الادراك، ان سلوكياتهم غير مقبولة ضمن الجماعة. وبما أن أفـراد الجماعـة العلاجيـة أنفسهم خبراء التشرد في الشوارع، لذا فلديهم الخبرة والموهبة في التعرف عـلى أندادهم والتعامل معهم.

وبما أن هؤلاء مسؤولون عن مساعدة أنفسهم وتبديل سلوكيات أندادهم وهم بحد ذاتهم سيتلقون. النتائج السلبية إذا لم يستخـدموا «صفـارات الاحتجـاج blow the whislte»، فـإنهم بـذلـك يمنعـون أندادهم من التجاوز.

إن اطلاق صفارة الاحتجاج بوجه صديق أو ند يعد بحـد ذاته حادثة منشطة قويـة مثيرة للتـوتر والشـدة. ومن خلال هـذا التعامـل

الجاري بين بعضهما البعض في مراقبة السلوكيات السلبية واعتراض هذه السلوكيات والتنبيه عند ارتكابها، مثل هذا التعامل الرقابي يجعلهم ملزمين على تجاوز حاجاتهم اللاعقلانية والتغلب عليها لكي يحصلوا على قبول الغير ومثل هذا التعامل يعزز من عمليات انخراطاتهم الرامية الى تبديل بناهم المعرفية (مناهضة الأفكار والحاجات اللاعقلانية) واكتساب القيم الايجابية لصور ذواتهم.

إن ما أسميناه بضغط الند الايجابي positive Peerpressure يسمح بازالة صور التشرد في الشوارع لهؤلاء المتعالجين خلال نوبات سكرهم الشديد من أذهانهم وبالطبع إن المتعالجين قد لا يحفزون على تبديل هذه الأمور، فالأسهل لهم تجنب مسؤولياتهم وبقاؤهم مخمورين طوال اليوم. وجماعة هذا العلاج تعزز فقط المواقف العقلانية الايجابية والسلوكيات التي فيها العون والأهداف الموجهة توجيهاً ذاتياً

وإذا صادف ونال المقيم المتعالج أي تعزيز اجتماعي فإن هذا يتم فقط من خلال اظهار السلوكيات والمواقف المقبولة الملائمة وفي هذه الجماعة يتصيد المقيمون المتعالجون السلبية والتفكير اللاعقلاني ويهاجمونها ذلك لأنهم يدركون أخطارهما المخربة القوية. ويجهدون لمساعدة أندادهم للتخلص من أفكارهم اللاعقلانية والسلوكيات التي تقهر الذات وتدفعها الى السلبية والاحباط.

ويعد ضغط الند بصورته الايجابية البناءة على درجة كبيرة من الفعالية والقوة. وحيث أن المتعالجين ضمن نطاق هذه الجماعة

العـلاجية يثيبـون فقط السلوكيـات والمـواقف العقـلانيـة ويشجعـون عليها، فإن المتعالجين الجـدد الحديثيـن يدركـون أن الأفراد الخـاملين البليدين لا يتصرفون أو يفكرون تفكيراً ايجابياً، لذا فإنهم سيكونـون عـرضة للمنـاهضة فـالمقيمون يتعلمـون كيف يـرون أنـدادهم وهم يتصـرفون. لـذا فـإن الضـرورة تقضي أن يـظهـر المقيمـون المـواقف العقلانية، وتعليم هذه المواقف لأندادهم. ويظهر المقيمون أيضـاً أن الحكمـة تقضي أن يعترف النـد بوجـود مشكلة لديـه، وتشجيعه عـلى التصريح عن الأخطاء المرتكبة والحاجة الى المساعدة.

ثم إن هؤلاء المقيمين يحاسبون بأخذ عينات منهم لتحليل البول من أجل التأكد من عدم تعاطيهم الكحول سـراً وخفية. فـإذا اتضح وثبت تناولهم الكحول أو المخدر (امتلاكهم لهذا الأخير) فإنهم والحالة هـذه يخسرون كثيـراً من الامتيازات، وتنـزيل الـرتبة في هـذا الرهط العلاجي، وخسارة بعض الحـوافز من الأعمـال التى يتقاضـون عليها أجـوراً، وغير ذلـك من العقوبـات التي ترتبت عن هـذه السلوكيات السلبية. وتبرز الأهمية الكبرى الا يسمح للمتعالجـين في هذا الـرهط العلاجي بتجاوز الأنظمة المفروضة عليهم.

٤ ـ كيف يتم التعليم في الجماعة العلاجية؟:

تعلم الجماعة العلاجية المقيمين المتعالجين كيف يتم تطبيق مادة البرنامج وأيضاً مناهضة المعتقدات الخاطئة من خلال الأخـذ بالـطرق المتعددة. يعلم المقيمون المواد التعليمية بالممارسة والخبرة ومن خـلال محاكاة نماذج سلوكية. كما ويتعلم هؤلاء الكثير من المواد العلاجيـة من

خلال الوسائط التعليمية، تعطى لهم الكتب، والكراسات (الأمالي)، والمواد الأخرى لقراءتها؛ فيشاهدون أشرطة فيديو مختارة، وتلقى عليهم محاضرات تعليمية من قبل الهيئة العلاجية، ومحاضرين زوار، وأصدقاء العائلة أو الدار

إن التعلم بواسطة إظهار السلوك الملائم لتقليده Modelling Bandurs 1977، يلعب دوراً هاماً في العملية العلاجية. فالمقيمون، كل واحد يظهر للآخر بصورة مباشرة أو غير مباشرة، كيف عليه أن يفكر ويتصرف تصرفاً مختلفاً وبأساليب أكثر عقلانية وتزيد في إغناء الذات.

وهكذا تكون فلسفة واحدة هي التي تسود ـ ونقصد العلاج العقلاني ـ الانفعالي ـ أجواء الجماعة العلاجية حيث يرى المتعالجون ويلمسون ويخبرون كيف يفكرون تفكيراً أفضل ويتصرفون تصرفاً أكثر حكمة وعقلانية، إذا أرادوا فعلا أن يسعفوا أنفسهم وذواتهم فيعيشوا عمراً أطول، وحياة أكثر سعادة وانتاجية.

وبالطبع فإن معظم ما يتعلمه هؤلاء المقيمون يقوم على الخبرة والممارسة، تعطى لهم وظائف عليهم انجازها، وتجارب مصغرة لكي يجربوا طرقاً جديدة من التفكير (Beck, Rush, Emer 1979). كما ويقدمون حلقات بحث ومناقشة Seminars. فمثلا تكون موضوعات حلقات البحث كالتالي: لماذا لا يحتاجون الى أن يكونوا دوماً في حالة راحة؟، وكيف يتحملون الجدال والمشاجرات والمشاحنات؟ أو يطلب منهم كتابة موضوع عن ما يستعصي عليهم فهمه أو تطبيقه من أسس

العلاج العقلاني ـ الانفعالي. ويقسر هؤلاء المقيمون على تطبيق مواد البرنامج قسراً مستمراً. وحيث أن الجماعة العلاجية على درجة كبيرة من التركيب فتمنع المقيمين من الهروب، أو تجنب الحوادث الموترة المبرمجة التي يتعرضون لها والتي تفرض عليهم تحملها ومواجهتها، وتبديل الأحاديث الذاتية التي تهزم الذات وتضعف من التعامل والتصدي الايجابي ضد هذه الموترات الى أخرى ايجابية، فإنهم والحالة هذه يكونون غالباً في حالة ضيق وكرب (العلاج التلقيحي ضد التوتر Stress inoculation Therapy). وأيضاً من تدريباتهم اعطاؤهم الفرص الكثيرة في تطبيق الاستراتيجيات المناهضة للأفكار اللاعقلانية في مواقف حياتية ميدانية Vivo وبهذا فإنه يتم تعزيز التفكير العقلاني الذي يعود بدوره الى سلوكيات وعواطف وانفعالات سارة ومنتجة ايجابية (Kazdin, Mahoney 1981). ومن خلال جعل كافة المتعالجين المنخرطين في العملية العلاجية ضمن هذه الجماعة العلاجية المتجانسة في كل المستويات، فإن أي واحد من هؤلاء لا يجرؤ على وصف البرنامج بالقساوة الشديدة أو أنه يسبب لهم الضيق والكرب. ثم ان ما قبلهم من المتعالجين كانوا مثلهم خاضعين الى ظروف هذا البرنامج وحالفهم النجاح. وهذا ما يبرهن لهم أن البرنامج رغم كونه قاسياً ولكن ليس بدرجة كبيرة من القسوة فلا يتحمل.

إن الهيئة المشرفة على هذه الجماعة العلاجية يمكنها إذن أن تقنع المقيمين أنهم سيستفيدون كثيراً من خلال تبديل طرق تفكيرهم، والتعرف على أفكارهم الخاطئة، والتصدي لطرق تفكيرهم الخاطئة،

ومن ثم التفكير بأسلوب جديد أكثر عقلانيـة وصوابـاً، واغناء ذواتهم وتحقيق الأهداف المنتجة:

قواعد الالتزام بالجماعة العلاجية والمواثيق والعقود المبرمة يجب أن تكون عادلة. إن الواقعية في الجماعة العلاجيـة تبدو مماثلة لما هـو الحال في العالم الـواقعي. فغالبـاً ما يشعـر المقيمون بمشـاعر الاحبـاط وسـوء الاحوال كنتيجـة لـمطالبهم وحـاجـاتهم النـزاعـة الى الاشبـاع والارواء على أساس أن تكـون الدار التي يعيشـون في ظلها وأنـظمتها (أي الجمـاعة العـلاجية) عـادلة. ففي حيـاتهم السابقـة خارج هـذه الجماعة (الدار)، كان الفرد منهم الكحولي أو متعاطي المخدر يهـرب الى الكحول أو المخدر نتيجة ادراكه الظلم والجور وفقـدان العدالـة. وضمن الجماعة العلاجية لا تسمح أنظمة هذه الجمـاعة بـاللجوء الى العدوان أو تعاطي الكحول أو المخدر، أو بالهروب من أجوائها إذا ما شعر بالحيف والـظلم. فهو ملزم عـلى مواجهـة الموترات والمـزعجات والتعامل معها وفق ارشادات الهيئة المعالجة، والتفاعلات القائمـة بين أفراد هذه الجماعة في تصويب الفكر والسلوك. لذا فإن هؤلاء يتعـين عليهم مـواجهة مـا يعدونـه ظلماً وجـوراً حسب تفكيرهم. فـإذا مـا استمر هؤلاء المقيمون المتعالجون مـرضى الادمان بـازعاج أنفسهـم من خلال المطالبـة بالعـدل، فإنهم سيشعـرون بلاشـك بالقنـوط واليأس والبؤس النفسي. وبالتالي سيفقدون المميزات والامتيازات التي تمنحها لهم الهيئة المشرفة على الجماعة العلاجية، وسيعاق تقدمهم العلاجي. ثم عليهم أن يواجهوا القرار بالاستمرار في ظل مواقف لا ربح فيها أو أن يتخلوا عن تفكيرهم أنهم لا يستطيعون تحمل الجور والظلم.

إن حفظ الند Peer Pressure يسهل للمقيمين قبول المعتقد أن الظلم وعدم المساواة هما دوماً في المنظور وظاهرة موجودة وعليهم أن يتعلموا أن مجتمعهم العلاجي فيه من الصعوبات والسلبيات الموجودة في العالم الخارجي، أي الحيف والظلم. لذا يتعين عليهم ومن مصلحتهم قبول هذه الحقيقة الحياتية.

ومن جملة معتقدات هؤلاء المتعالجين أن العلاج يفترض أن يكون سهلا ومريحاً وهذا المعتقد يرتبط عادة بنوعية التفكير عن ذواتهم بكونهم أشخاصاً نوعيين. الاَّ أنهم سرعان ما يتعلمون وبخاصة من قبل أندادهم أن اعتقادهم خاطىء، حتى لو كان آباؤهم الذين جعلوا لهم الحياة سهلة ومريحة، فإن صنيعهم هذا لم يساعدهم. إذ أنهم أصبحوا مدمنين. وحتى لو تمسك في البداية هؤلاء بفلسفتهم حيال الرفاهية، الاَّ أنهم يرغبون في أن يتصرفوا وكأنهم يمتلكون هذه الرفاهية وأن تبديل السلوك هو الخطوة الأولى الجيدة الصائبة.

٥ ـ فقدان الصبر:

معظم المتعالجين يعتقدون أن ليس في مقدورهم الانتقال الى المستوى الأعلى درجة في عملية التطبيع على أجواء البرنامج الذي يخضعون له، ويرغبون في انهاء البرنامج العلاجي بسرعة. وفي اعتقادهم أيضاً عدم قدرتهم على الانتظار أو يترتب عليهم الاَّ ينتظروا. ويعتقدون أيضاً أنهم بحاجة الى تلبية ما يرغبونه حينما يرغبون ذلك.

الاّ أنه في الجماعة العلاجية لا يحصل المتعالجون على ما يتوقون على بلوغه من حاجات ورغبات، وبخاصة ضمن حدود أوقات مطلوبة، لذا عليهم أن يتعلموا من خلال الخبرة تأجيل ارضاء مسراتهم ورغباتهم وتحمل الانتظار

إن الكثير من مطالب المتعالجين المقيمين الرامية الى إنهاء البرنامج العلاجي بسرعة هي نتيجة مقارنة معدلات تقدمهم العلاجي مع معدلات الآخرين. فهؤلاء يميلون الى التفكير الثنائي Dichotomous ذي الحدين المختلفين، فيساوون التقدم البطيء مع انعدام التقدم. وأكثر من ذلك فهم يصنعون مستوى قيمة ذواتهم وفقاً لجهودهم الرامية الى مساعدة ذواتهم من خلال ما يعترف بهذا المستوى المشرفون على العلاج وغيرهم من الناس. فالمعالجة هنا تؤكد على قبول الذات، اضافة الى مساعدة هؤلاء بالاقلاع عن أفكارهم الخاطئة التي تسبب لهم فقدان الصبر ونفاذه ولكن بدون أن تخضع هذه المعالجة الى معايير قبول الغير ولا على معدلات التقدم في العلاج.

٦ ـ الماضي:

ما أن يتم نزع الانسمام الكحولي أو المخدر من دماء المتعالجين المقيمين حتى نجدهم في أغلب الأحيان وقد أخذوا يعيشون مشاعر الاثم العنيف الشديد، ولا يفتأون يذمون ذواتهم على أفعالهم العدوانية وازعاجاتهم للآخرين وعلى ما أصابهم من فشل وارتكبوا من سوء أفعال في الماضي (رجعة تقويم للماضي).

وهم في هذه العملية التقويمية لنتائج أفعالهم وتصرفاتهم مع الناس يعدون أنفسهم أناساً لا وزن لهم ولا قيمة، لا يغفر لهم على أفعالهم، ويعتقدون أنه قدّر لهم أن يكونوا الخاسرين.

إن العلاج يتركز على مساعدة هؤلاء على قبول ذواتهم حيال حوادث الماضي التي ارتكبوها بحق أنفسهم وبحق الآخرين مهما بلغت وتعاظمت، وأن يتحركوا نحو مستقبل أكثر اشراقاً وتكاملا وثقة بالذات. وبالطبع نحن لا نشجعهم على نسيان خبرات الماضي لأن هذا يمنعهم التعلم من أخطائهم السابقة ولكن هنا نعلمهم أن يسامحوا أنفسهم ويغفروا لها على ما ارتكبت من أخطاء.

٧ ـ الوسائل المعززة:

لا يتلقى المقيمون مكافآت أو امتيازات مجانية. فالمعالجة تقوم على أساس مساعدتهم على فهم أن المكافآت الحياتية لا تعطى مجاناً بلا مقابل، ولكن تنال من خلال بذل جهود ايجابية ناجحة، أي بتعبير آخر كما يقال: «لا يوجد غذاء يتناوله الانسان بدون دفع ثمنه وبلا مقابل». من خلال اكتساب امتيازاتهم والحصول عليها يتعلم المقيمون المتعالجون تأجيل الحصول على المتع والمسرات، ويعملون للحصول على المكافآت الحياتية، ولا يلحون على المطالبة بأن عليهم نيل الامتيازات بدون مقابل.

وحتى في الجماعة العلاجية، والأمر أيضاً كذلك في الحياة الخارجية الاجتماعية، في مقدور المدمنين اظهار مطالب وأن يتوقعوا تلبية جميع ما يرغبون من خلال معرفة سريعة لتركيب كل من الجماعة

العلاجية والمجتمع، ولا تعطى المكافآت بدون مقابل. لذلك فإذا كان على المقيمين تحمل وقائع الحياة القاسية والتعامل مع منغصات الحياة بدون تعاطي الكحول أو المخدرات، يتعين عليهم والحالة هذه التخلي عن مطالبهم حيال واجبات الحياة تجاههم أو ما يستحقونه منها.

٨ ـ ضعف تحمل الاحباط / ضعف تحمل الانزعاج:

لعل أهم المعتقد الخاطىء المهيمن على أفكار المدمنين على الكحول أو المخدر هو ضعف تحملهم للانزعاج (لا أستطيع تحمل الانزعاج). والقاعدة الأساسية السيكولوجية في رفع عتبة تحمل الانزعاج هي أن يتعرض المرء له وبدون النظام الذي تفرضه الهيئة العلاجية في الجماعة المتعالجة على أفرادها بوجوب التعرض للانزعاج في وقت لا مجال للهرب منه فإن المتعالج لا يعتقد أنه يتجاوز قلق الانزعاج. ومن خلال التعرض للمنغصات وفي الوقت نفسه مناهضة الأفكار الخاطئة اللاعقلانية، يتعلم المتعالجون المقيمون أنه رغم تفضيلهم لحياة بدون توتر فإن هذا المطلب هو أثر خيالي مستحيل تحقيقه. لذلك فلا مناص من مواجهة موترات الحياة وتعلم أنه يمكن تحملها. ومن خلال تحدي التبديل والتغيير للسلوك المطلوب، ويدخل المقيمون المتعالجون في صراع مرير ضد نزوعاتهم التي تشعرهم بالشفقة وبالأسف على ذواتهم. فمن أجل محاربة مشاعر الشفقة على الذات أو ما يسمى متلازمة أنا ـ المسكين Poor - Poor Mesyndrome يعمد أفراد الهيئة المشرفة على العلاج والمتعالجون المقيمون على اجبار أصحاب الأنا المسكينة على الهجوم وبعنف على

معتقداتهم الخاطئة بكتابة مقالات انشائية يناهضون فيها ويحاربون تصورهم ومعتقدهم أنهم حالات ميؤوس منها، أو بتقديم حلقات بحث Seminars أمام كافة أفراد الجماعة العلاجية يصفون فيها لماذا على الانسان أن يكون متفائلا يغمره الايمان بالأمل حتى لو لم يكن يشاهده أو يخبره بعد. وإذا اعتقد المقيم المتعالج أنه يتعذر مساعدته لازالة اكتئابه، حينئذ فإنه يسمح له أن يكون كذلك ولكن في مجالات محددة ضيقة. فمثل هذا المقيم يعطي عادة «مرتبة كئيب» فلا يلقى أية عناية ولا اهتماماً من أقرانه وأنداده في الوقت الذي يبدي أسفاً على ذاته. وعادة ما تنفذ هذه المعاملة بحقه إذا كان يشك بأنه يستفيد من كآبته ويحصل على غنم منها.

٩ ـ أهمية قيمة اعادة التأهيل من خلال تبني منهج يسير خطوة بخطوة:

إن السير قدماً في طريق التقدم العلاجي على مستويات مختلفة مبرمجة من العمل العلاجي في الجماعة العلاجية، هذا السير يطرح العديد من الحوادث والمواقف المنشطة المثيرة للتوتر المتعددة على المتعالجين مواجهتها والتعامل معها وتتزايد الواجبات والتمارين البيتية والمسؤوليات في العدد والتعقيد. ثم إن الضغوط والتوقعات الصادرة عن المتعالجين المقيمين الآخرين تتزايد أيضاً بكثير من القضايا المختلفة كما وأن مشاعر الاحباط والانزعاج بدورها تتعاظم بتحرك نحو المستويات التالية من العلاج.

وحيثما تكثر الامتيازات في كل مستوى علاجي تتزايد فرص

الخسـارات التي تلحق بـالمتعـالجيں إذا مـا تـدنت ونـزلت مـراتبهم العـلاجيـة الى المستـوى الأقـل الأدنى. وبـدون شـك فـإن الضغـوط والانـزعاجـات تتعاظم مـع تزايـد مستويـات العـلاج وتـرقيهـا نحـو الأعـلى. وهـذا الاجـراء يضمن لهؤلاء أن تتـوفـر لهم الفـرص في استخـدام المناهضـة المعرفيـة ضد كـل مـوقف منشط للتـوتـر النفسي ومحـدث لـلانـزعـاج. وهكـذا لا تكـون هنـاك مفـاجـآت بـالنسبـة للمتعالجين أو المعالج عند إعادة ادخـال الأول الى المجتمع نـظراً لأنه قد أمكن تلقيحه ضد الموترات بأنواعها المختلفة، وأمكن أن يواجهها وتبديل احاديثه مع ذاته السلبية المضعفة للمواجهة

وكما سبق وذكرنا، أن المدمنين بأنواع ادمانهم المختلفة يتصفون بعتبات تحمل ضعيفة للموترات التي تثير عندهم الاحباط والانزعاج. واضـافـة الى ذلـك فـإنهم يميلون الى الاعتقـاد بـأنهم ضعفـاء، فيهم القصـور وعدم الكفـاية، وغـير قادرين عـلى احـداث أي تبـديـل في سلوكهم ومسيرة حياتهم. ثم إن الكثيـرين منهم لديهم أفكـار عظمـة Grandiose ideas وتفاخر، يخيل لهم أنهم يعرفون قادرون على العناية بأنفسهم، فلا يحتاجون الى عون معالج ولا طبيب. ثم أن نسبة كبيرة من هؤلاء المدمنين يلقون باللائمة على الناس وعلى المجتمع فيعدونهم سبب انـزعاجـاتهم وكربهم. إذ يـرفضون تحميـل ذواتهم مسؤوليـات أفعالهم وأعمالهم (آليات اسقاطية دفاعية)، وغالباً ما ينكـرون (أو لا يرون) في سلوكياتهم السلبية والمضعفة للذات بكـونها مؤذية لـذواتهم أو لأفراد المجتمع.

ومن خلال التحرك العلاجي نحو مستويات أعلى من الحوادث

المثيرة للتوتر والانزعـاج (أي تعريض أقـوى درجة للمـوترات) ضمن الجماعة العلاجية، يتعلم المتعالجون التعامل ضد المستويات المتزايـدة الشـدة من الموتـرات والتصدي لهـا. وبفعل عمليـة مناهضـة الأفكار الخاطئة في كل مستوى من مستويات العلاج فإنهم يكتسبون المهارات التعليمية بحيث يتحملون ما لم يكـونوا يتحملونـه سابقـاً من المواقف الضاغطة المثيرة لازعاجاتهم أو المسؤوليات، كـما ويتحملون ما يـرونه من مواقف غير عادلة وجائرة.

وبـاستمرارهم في التعـامل مـع المواقف التي تثير ازعـاجـاتهم ونجـاحهم في اضعاف الانـزعاج بـدون السماح لهم بـالهـروب منهـا وتجنبها، وحيث أن الانزعاجات لا تسبب لهم الموت، فإنهم يتعلمون كيف يتحملون الضيق والكـرب والانـزعـاج والمشـاحنـات. ثم إنهم يتعلمـون أيضـاً تحمـل الغبن والحيف والـظلم الـذي يلحق بهم من خلال تعاملهم مع الغير، فلا يكلمون ذواتهم إنه أمر سيء أو أشياء لا يمكن تحملها عندما لا تجري الأمور وفق ما تشتهيـه نفوسهم، وهكـذا فإن الجماعـة العلاجيـة تعدهم اعـداداً تامـاً لمواجهـة صعاب الحيـاة وازعاجاتها وتحملها بأعلى درجة وبقبولها كواقع. ومن محاسن الجمـاعة العـلاجية أنها تجعلهم يقـرون بوجـود مشكـلات عنـدهـم من خـلال تعرضهم تعرضاً مستمراً للاحباط والانزعاج (وفقاً للبرنامج العلاجي المعد) وبفعل عدم قدرتهم الى التحـول نحو الكحـول أو المخدر لكي يخففوا عن أنفسهم الآلام التي تترتب عن معاناة تلك المشاعر السلبيـة فـإنهم يتعلمون كيف يـدركون الى أي حـد وصل ادمـانهم في المراتب الهـروبية، وبـذلك يقـرون في نهاية المـطاف أنهم يعـانـون مشكـلات

وبالتالي يبـدون رغباتهم في تحسـين طرق تعـاملاتهم مـع متاعبهم من خلال تبديل أطر مدركاتهم المعرفية الخاطئة بغيرها صائبة وعقلانية.

الجماعة العلاجية تدرب المتعالجين على التعامل التنافسي مع الغير.

وما أن يسيطر المتعالجون على المسؤوليات المناطة بهم في المراحل التالية من العلاج، حتى نجد أن تقـدمهم العلاجي قـد تعزز وتـرسخ وكللت جهودهـم المبذولة بحيازة المزيد من الامتيازات، وأيضاً أدركوا يقينـاً أن لديهم من الامكـانات والقـدرات لتقديم انجـازات جيدة، وأنهم أضحـوا أكثر فعـالية وكفـاءة من أي وقت مضى، يتعلمون أنهم قادرون على أن يؤثروا في الحياة، وأن جهودهم المبذولة تلاقي ثمارها. وهكـذا فإن أفكـار اليأس وانعـدام قيمـة الـذات والضعف وفقـدان العون تجتث من جذورها، وتنزع من أفكارهم (Beck, Shaw, Emery 1979). ومـع السيـطرة عـلى المسئـوليـات وتحملهـا، يتبــدل مفهـوم المسؤوليـة في أذهانهم وأفكـارهـم ومعتقداتهم. بعـدهـا يـأخـذ هؤلاء بـادراك قيمة الانجـاز، وينزعـون نحـو لعب أدوار فعـالـة في مختلف الأنشطة الحياتية والمهن.

وهنا فإن الخمـول والسلبية اللتـين كانتـا تخيمان عـلى سلوكهم عنـد بـدء انخـراطهم في الجمـاعـة العـلاجيـة يتحـولان الى امتـلاك المهارات الايجابية والقدرات الفعالة، والمستويات العالية من التحمـل للاحباطات والانزعاجات (Seligman 1975).

وما أن يتقدموا في مسيرة مستويات العلاج المتدرجة المتصاعـدة الضواغط والشدات فإنهم يلعبون دوراً أكبر في اعادة تأهيل أنـدادهم

من المقيمين المنخرطين في الجماعة العلاجية. إذ يأخذون في مساعدة بعضهم بعضاً ازاء الشدات التي يتعرضون لها، وفي تعلم مواد البرنامج، وفي تطوير مواقف جديدة، وفي اكتساب مهارات أفضل في التعامل مع المشكلات، وفي تدبر الاحباطات التي تصيبهم، وأن معتقدهم السابق القائم: «انهم وحيدون في العالم، وما لم تهتم بأحد ما فإنه لا يهتم بك أحد»، هذا المعتقد يصيبه التبدل والتغير، وهكذا فإن قيمة الجماعة العلاجية تلعب دوراً هاماً وحاسماً في اعادة التأهيل.

١٠ ـ مستويات الجماعة العلاجية:

كما سبق وذكرنا يسير المتعالجون في خطى متدرجة الصعوبة في اتمام العلاج ومن ثم اعادة المتعالج الى المجتمع الذي كان فيه سابقاً، وأن التقدم العلاجي من خلال الخطوات المتقدمة المترقية يقوّم من قبل أفراد الهيئة العلاجية الذين يمارسون الأدوار العلاجية الداعمة

يتم تفصيل المسؤوليات المنوطة بالمقيمين المتعالجين في كل مستوى من مستويات العلاج وفقاً لمستويات وظائفهم الفردية والتي تحدد وتقرر من خلال التقويم الرسمي، والاجتماعات التي تدرس الحالات. وهؤلاء المقيمون يتعين عليهم اعطاء البرهان على السيطرة والكفاءة في كل مستوى من مستويات العلاج من أجل احراز التقدم والنجاح في المرحلة والانتقال الى غيرها، وأن الوقت المخصص لانجاز مستوى علاجي والنجاح فيه هو فردي ونوعي. في الصفحات التالية سنأتي على وصف المستويات العلاجية المنفذة في الجماعة

العلاجية وفق برنامج نوعي يستخدم أسلوب العلاج العقلاني ـ الانفعالي:

أ ـ مرحلة التوجيه Orientation

إن أول مرحلة من مراحل العلاج في الجماعة العلاجية هي الترشيد والتوجيه وكما يدل هذا العنوان (التبصير) يتم توجيه المتعالجين المقيمين بشرح القواعد والأنظمة السائدة في الجماعة العلاجية بغرض التقيد بها، والعمل بموجبها لكي يظلوا ضمن هذه الجماعة.

خلال عملية التوجيه والترشيد ينخرط المقيمون في العديد من النشاطات لتعلم مواد البرنامج ومقرراته، وأن العلاج في هذه المرحلة ينصب على تجانسهم وقبول عائلتهم ومجتمعهم الجديد، ويتم تنفيذ ذلك من خلال حضور اجتماعات ليلية يتعارفون فيها على بعضهم البعض. هناك ما يسمى (طريق الدار) House Mate تنحصر مهمته في تعليمهم ما نسميه بالشروط والقواعد السائدة في هذا المجتمع العلاجي. كما ويتلقون الدعم والتشجيع والعاطفة الدافئة من المقيمين الآخرين خلال الفترة التي يمرون فيها والتي تعد من أصعب الأوقات، من ناحية أخرى ينخرط المقيمون في نقاشات تدور حول تناول المخدرات والكحول وتأثيراتها الاجتماعية والفيزيولوجية والنفسية الضارة. وتحدد الجهود لجعل مستوى التوجيه بالنسبة للمتعالجين المقيمين على درجة كبيرة من العمل، بحيث يغمرون بالأعمال والمشاغل، ويكون الأعضاء الآخرون في هذه الدار

مستعدين لتقديم الدعم القوي. ومثل هذا الاجراء اتضح أنه على درجة كبيرة من الأهمية في زيادة احتمال استمرارية هؤلاء الجدد ضمن هذا الرهط العلاجي وبقاؤهم فيه.

على مستوى التوجيه (أي في هذه المرحلة الأولية من العلاج) لا يتلقى الأعضاء الجدد في هذا الرهط العلاجي أية امتيازات. فلا يسمح لهم بزيارات خارجية من الأصدقاء أو الأقرباء. ولا اجراء محادثات هاتفية، أو الاستماع للمذياع، ولا التدخين في غرفهم، ولا لقاءات مع الجنس الآخر يخضعون للتفتيش في كل مرة يجتمعون مع الرهط العلاجي. وإن الغرض من حرمانهم من الأمور والامتيازات السالفة الذكر هو جعلهم يستقطبون كل طاقاتهم وانتباههم نحو تعلم مواد البرنامج العلاجي ثم إن الحكمة الأخرى وراء هذه الحرمانات والقيود المفروضة منع تعريضهم للمؤثرات المحرضة لمشاعر قلق الانزعاج، ثم ان فقدانهم للامتيازات يحرمهم من النشاطات التي يمكن استخدامها كعوامل مشتة لتفكيرهم، وهذا الحرمان هو بحد ذاته عامل مؤثر منشط للقلق. وبهذه الطريقة يتحدد عملهم في تعلم فقط مواد البرنامج والاستراتيجيات المناهضة لقلق الانزعاج، أي بتعبير آخر اكتساب المهارات التعاملية. Coping skills، وبالطبع إن حرمانهم من الامتيازات ووسائل الترفيه والتسلية يعطيم الفرص لاستخدام آليات مناهضة الأفكار السلبية المضعفة للذات.

يتعلم المقيمون المتعالجون أيضاً أهمية الأنظمة والقواعد التالية:

عادة ما يميل المدمنون الى خرق الأنظمة، ويفشلون في تلبية

المسؤوليات الاجتماعية. فالعلاج العقلاني ـ الانفعالي يعلم أمثال هؤلاء البشر أنهم سيكونون أكثر سعادة وتكيفاً إذا ما قبلوا احترام العقود الاجتماعية (Wallen and Wessler 1980, Ellis and Becker 1982). وبهدف الحصول على فوائد العقد الاجتماعي (مع صديق عائلة أو غيره) يتعين على الفرد احترام مسؤوليات العقد. فالجماعة العلاجية تؤكد على ضرورة احترام الأنظمة السائدة في تلك الجماعة من قبل المقيم المتعالج كيما يحصل بدوره على منافع العضوية في هذه الجماعة. وأنه لمن المرفوض أن يتجاهل الفرد ذلك لأن هذه الأخيرة هي صعبة جداً، وتظل بالنسبة للفرد فيها فوائد يحصل عليها من الجماعة التي ينخرط ضمن اطارها. ثم إن المقيمين المتعالجين مسؤولون عن مواقفهم وسلوكهم في العملية التوجيهية يتعلم المتعالجون المقيمون معنى اعادة التأهيل. فمعنى اعادة التأهيل هو عملية لا تنتهي، ومن أجل أن يحصلوا على الفائدة المرجوة من البرنامج العلاجي، والتحرر من عبودية الكحول أو المخدر، واغناء حياتهم، يتعين عليهم الاحجام عن:

١ ـ طلب الراحة ورغادة العيش ضمن الجماعة العلاجية.

٢ ـ ممارسة المعتقدات الخاطئة السلبية وذم الذات وتحقيرها.

٣ ـ التمسك بمواقفهم السوقية.

٤ ـ مقاومتهم في الانصياع لأنظمة الدار أو الجماعة التي يعيشون فيها بغرض العلاج، ثم عليهم أيضاً أن يعطوا عهداً بالسماح بأخذ عينات من البول لفحصها وتحريها للتأكد من خلو دمائهم من الكحول.

وعندما يظهر المقيمون تفهماً وطواعية للأنظمة في هذا المجتمع العلاجي والأعمال الواجب أن تسود فيه حينئذ يترقى هؤلاء الى المستوى الأول العلاجي، إن زمن التوجيه هو من ٤ ـ ٨ أسابيع، وهذه المدة تتوقف على نوعية المقيم والمتعالج وتركيبه واستجاباته

ب ـ المستوى العلاجي الأول:

إن أساس العملية الخاصة باعادة التأهيل يتم في المستوى العلاجي الأولى. ففي هذه الدرجة العلاجية يتعلم المقيمون الكيفية التي يجب بها تطبيق برنامج هذه المرحلة، أي ما نسميه بالأدوات Tools. وهذه الأدوات هي: التواضع، الصدق، الاخلاص، الأمانة، الحس بالمسؤولية. ويعلمون أيضاً: العزم والتصميم، التوجه نحو الهدف، والانضباط.

وهذه المبادىء الثمانية تساعد المقيم أن يكتسب فلسفة علاجية مفيدة ونافعة حول عملية العلاج والحياة عموماً.

ومن الأهمية بمكان أن يتعلم المقيم المتعالج التواضع والطواعية. ومن خلال تعلمه التواضع والاذعان فإنه يتعلم أيضاً أن لديه مشكلة ويعترف بوجودها، وهو غير قادر على حلها بنفسه ثم انه ـ المقيم المريض ـ ينمي القدرة على طلب العون والمساعدة، وأيضاً تحمل الانزعاج المقترن بالاعتراف بارتكاب الخطأ، ويتعلم قبول ذاته كانسان يخطىء غير معصوم عن الأخطاء، وهو ليس بانسان من نوع خاص، ويقبل الاعتقاد أن العالم من حوله والكون لم يخصانه بمزايا وامتيازات خاصة. ويتعلم تحمل القوانين والأنظمة

الاجتماعية المفروضة عليه والواجب أن يراعيها ويحترمها، وفي عملية ممارسة سلوكيات الاخلاص والصدق يتعين على المقيمين المتعالجين خلق المواقف الخاصة بقبول النتائج وعقابيل سلوكهم، وأن يدركوا أن بمقدورهم تحمل النتائج بكونهم أوفياء وصادقين مع أنفسهم ومع الآخرين. وعليهم أن يتعلموا أيضاً أن نتائج الكذب والخداع على المدى الطويل ستكون وبالا عليهم. وعلى هذا يتعين عليهم أن يدركوا أن الاخلاص والصدق هما جوهر فكرهم، والوفاء هو الفعل الذي يعبر عن الصدق وذاك الوفاء.

لذا فكيما يكون العلاج العقلاني ـ الانفعالي مجدياً ونافعاً يتعلم المتعالجون أن يكونوا صادقين ومخلصين نحو أنفسهم ونحو الآخرين وذلك من أجل أن يعوا أفكارهم الخاطئة ويدركوا ضلالها. إن هذه الأدوات الأخلاقية المهذبة للمعتقد والسلوك تساعد المدمن على الكحول أو المخدرات أن يدرك الكذب الذي يمارسه على نفسه وعلى الآخرين، ومن ثم يعمد الى تصحيحه

وبتعلم المقيم المتعالج الاخلاص لم يعد بحاجة كيما يكون دفاعياً وينكر مشاعره وآلامه. إذ ينجح في ادراكه أنه يستطيع تحمل الانزعاج من خلال الاعتراف بمشاعره وينمي قدرته في الاستمرار بالاتصال بذاته وبالآخرين.

يتنامى الشعور بالمسؤولية عند هؤلاء المقيمين عندما يدركون ويتوحد رأيهم أن من مصلحتهم الانخراط في عقود اجتماعية التي تتطلب العطاء من أجل الأخذ. ويدركون أيضاً أنهم يجابون،

ويحاسبون على خياراتهم، وقراراتهم وأفعالهم ويتعلمون الَّا يسقطوا سخطهم على أحد من أفراد أسرتهم، وعلى العالم وعلى الماضي. وعليهم أن يتعلموا تحمل الانزعاج الذي يتواكب دوماً مع مسؤولياتهم في الحياة، ومع تبديلات الذات، وقبول النقد البناء. أما التصميم فيربى من خلال مساعدة المقيم على الادراك أن العمل الشاق هو مطلوب للتخلص من الادمان، وانجاز أهداف الحياة. ويتعلم المتعالج المقيم أن الحاجة لن تكون سهلة المنال، وعليه أن يقبل ظاهرة الانزعاج على أساس كونها جزءاً من عملية التبديل والنمو والانجاز.

ثم ان المقيم يتعلم أيضاً التوجه نحو الهدف، واختيار الأهداف الواقعية والايجابية، وأن لا يرى في متابعة هذه الأهداف السهولة واليسر والطريق الممهد بالورود.

يدرب المقيم على الالتزام بالانضباط وبالأهداف المطلوبة، ومقاومة الانزعاج والعوائق التي يتعرض لها.

في انتقال الفرد من مرحلة التوجيه الى المستوى العلاجي الأول، يحصل المقيم على امتياز استقباله لزيارات خاصة الى داخل الاصلاحية العلاجية التي هو فيها أو تأتي مثل هذه الامتيازات كمكافآت وحوافز على ما أبداه من امتثال للأنظمة السائدة والانضباط المعمول به في هذه المؤسسة العلاجية، ويحصل المقيم على امتيازات الزيارات الخاصة لاصدقائه أو أقاربه من خلال انخراطه في جلسات العلاج النفسي الفردي والجماعي، وبالحفاظ على علاقات صداقية وأخوية مع زملائه في العلاج. وحيث أن المستوى العلاجي

الأول لم يرق بهم بعد الى درجة تمثل المقيم للفلسفة التي تغني الذات وترسخ المفاهيم العقلانية بعقله ضمن الجماعة العلاجية فإنهم يتلقون التعزيز لسلوكياتهم وكأن تلك القيم موجودة لديهم، ونقصد أن الجهد والايمان بمواد البرنامج وبمنهجه يعززان انطلاقاً من النظرية المعرفية القائلة؛ أن تبديل السلوك يسهل تبديل البنية المعرفية، مثلما يتبدل السلوك بتبديل تلك البنية.

يتعلم المقيمون أن في مقدورهم السيطرة على سلوكهم حتى لو شعروا شعوراً مزعجاً، وأن مشاعرهم يفترض الا تفرض السلوك ولا تفرض الكيفية الواجب أن يتصرف بها الفرد. ويدركون حقاً ويرون ذواتهم كيف يستطيعون تحمل مشاعرهم السلبية، فلا يوحون لذواتهم أنهم لا يستطيعون تحملها ويتعين عليهم أن يضعفوا قلق الانزعاج باللجوء الى المخدر أو الكحول. ثم عليهم أن يتعلموا مهارات حل المشكلات الاجتماعية، والاستراتيجيات التعاملية مع الموترات الخارجية وتأكيد الذات والاسترخاء من أجل السيطرة على سلوكهم بصرف النظر عن كيف يشعرون.

يسمح للمقيمين أن يُزاروا من قبل أصحابهم وأفراد عائلاتهم فقط عندما تتوفر لدى هيئة الانتقاء Screening Committee القناعة أنهم مقبولون من قبلها. وهذا القبول يستند على معطيات المقابلة الشخصية، وبناء على تحليل عينة بول هؤلاء الزوار للتأكد من أنهم غير مدمنين.

وهنا يسمح لهؤلاء الزوار بمقابلة من يلوذون بهم من المقيمين

المرضى إذا اتضح خلو بولهم من الكحول حتى لو كان الـزوار من أسر المقيمين وأفراد عائلاتهم. وهذا معناه أن الزوار المدمنين على اختلاف حـالاتهم لا يـطؤون دار العـلاج. لجعـل المقيم يتحمـل المسؤوليـات ويتعود على أعبائها وذلـك في مرحلة المستـوى العلاجي الأول :تعـد له أعمـال وواجبـات بسيـطة نسبيـاً. فمثـلا يعـين للعمـل مع طـاقم التنظيفات أو مع جماعة الطهاة، أو في غسل الألبسـة أو مراقبـة أمكنة وجـود ونشاطـات المقيمين ورفـاقـه. ويمكن أيضـاً أن يمـارس مهمـة صـديق الـدار House Mate يـدرب المقيمـين الـذين هم في مـرحلة التـوجيه والاعـداد على أنـظمة وقـواعد السلوك السـائدة في المجتمـع العـلاجي (ما سبق وتعلمـه في المرحلة البـدائية). وكـما هو الحـال في جميع المستويات والمراحـل العلاجيـة في هذا المجتمـع العلاجي يتلقى المقيمـون الضغوط والمثيـرات activating events من الأفراد المتعـالجين الأعـلى مرتبـة منهم لكي يسـاعـدوا أنفسهم وذواتهم. كـما ويكلفـون بـأعمال طهوية وتنظيفيـة في دار العـلاج وفي الـوقت نفسـه يكيفـون انفعالاتهم في محاربة الأفكار السلبية الرافضة لهذه الأعمال.

إن هـذا المستـوى العـلاجي الأول يتصف بـوجـود ضغـوط واثارات شديدة يتعرض لها المتعالج المريض حيث أنه في هذه المـرحلة نـزّاع بشدة نحـو الكحول أو المخـدر عنـد تعـرضـه لتلك المـوتـرات الشديدة. إذ في هذه المرحلة تكون الأنا هشة، وضعفه النفسي وتحمله للشـدات دون المستوى المـطلوب. في هذه الحـالة نـرى حـديثـه مـع الذات يتمحور حول التالي:

«أنا لا أستطيع تحمل المشاحنات والازعاجات».

«يجب الاَّ أتحمل هذه الازعاجات ولست في وضعية تسمح لي تحمل الكدر».

وبالطبع لا يسمح للمتعالجين المقيمين تجنب المسؤوليات المفروضة عليهم، كما لا يسمح لهم بتعاطي المخدر أو الكحول. ويتعين عليهم مواجهة مسؤولياتهم وتحملها. وأن يشجعوا ويدعموا لتعلم الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية وتطبيقها كيما يستخدمونها في التعامل مع الموترات والشدات والمنغصات.

وما أن يكتسبوا المهارات التعاملية مع الشدات والمنغصات وتحمل المسؤوليات التي سبق وكانوا يتجنبونها فقد أصبحوا في حالة تمكنهم من مناهضة الأفكار الخاطئة وتصويب سلوكهم. وهنا تنفتح آفاق معارفهم واستبصاراتهم الذاتية فأصبحوا في حالة قناعة أن في مقدورهم السيطرة على تفكيرهم وأعصابهم فيتحملون من المنغصات ما لم يكن يتحملونها سابقاً، وأضحوا أكثر صلابة وقوة مما كانوا يعتقدون. ثم إن المستويات العليا التالية من البرنامج العلاجي تقدم لهم صعوبات متزايدة، وشدات أكثر توفيراً بحيث أن هؤلاء تزداد صلابتهم النفسية ويتعاظم تمنيعهم ضد الموترات وتحملها، وتتعزز معتقداتهم الجديدة ومواقفهم أيضاً

يتم رصد ومراقبة قدرة الفرد الذي يخضع لهذا النوع من العلاج، أي العلاج العقلاني ـ الانفعالي والذي يتعرض عن عمد للحوادث الموترة الخارجية، نقول يتم رصد هذه القدرة وتقويمها من قبل الهيئة المعالجة، وأيضاً من قبل المرضى الذين هم في مستوى

علاجي أعلى. وأن النجاح أو الفشل في استخدام الأفكار المناهضة يكونان محور عمل المتعالج في العلاج الفردي أو الجماعي.

وما أن يتقن المتعالج أدوات العلاج (البنود الثمانية التي ذكرناها) في المستوى الأول من العلاج اتقاناً مقبولا، وحاز على قبول الهيئة العلاجية على النشاط والجهود التي بذلها في تبديل بنيته المعرفية السلوكية بنفسه وبمساعدة ذاته، وبرهن على قدرته في التعرف على انفعالاته وتدبرها، وممارسة مسؤولياته، حينئذ فإنه ينتقل الى المرحلة الثانية التالية من العلاج، أي مستوى المراقب Supervisor. وأن مثل هذا الانتقال الى مرتبة المراقب يعني المزيد في ضلوعيته في فهم مواد البرنامج العلاجي ومقرراته أكثر من مستوى العمل الواقعي. فمعرفة مادة البرنامج هي أساس ما تبقى من العلاج.

جـ - درجة المراقب:

تتزايد الامتيازات التي تمنح للمتعالج كلما ارتقى الى درجة أعلى من درجات العلاج ليصل الى درجة المراقب. في هذه المرحلة كمراقب يعيش في دار العلاج بغرفة حسنة الأثاث وتتوفر فيها شروط الرفاهية، ويسمح له في التدخين بالغرفة، وباستقبال الأصدقاء والزوار خارج مكان اقامته ونومه، ورغم أن هذه الامتيازات تعد حوافز قوية لانسان ترفع مرتبته الى درجة مراقب الاَّ أنها تحوي بالمقابل المزيد من التعرض للموترات الشديدة التي عليه مواجهتها والتعود عليها.

وبينما نجد أن الزيارات الخارجية تعد معززات ومشجعات له

الَّا أنها أيضاً تحفها الشدات والموترات، إذ لأول مرة بعد قضاء المتعالج فترة من الوقت معزولا عن الخارج، يتفاعل ويتقابل المتعالج مع أشخاص خارج المجموعة العلاجية، غرباء عنها، هم جزء من الماضي. وهذه الزيارات خارج الدار غالباً ما تثير عنده الانفعالات، والأفكار كيف أنه فشل في العيش داخل محيطه الاجتماعي، وكيف أنه ألحق الازعاجات بأسرته. وهذه الزيارات تذكره أيضاً بجميع خساراته التي نجمت عن الادمان. وفي زياراته هذه خارج المؤسسة العلاجية يمكن أن يستعيد علاقاته مع الجنس الآخر. وتعد مثل هذه العلاقات عاملا موتراً جداً بالنسبة اليه. إذ قد يحالفه الرفض والفشل مع النسوة، الأمر الذي يولد في نفسه الكثير من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية. إذ قد يفكر أنه غير كفء غير محبوب منحط القيمة الاجتماعية أو بحاجة الى علاقة حب كيما يستكمل اعتباره لذاته، وترتفع نظرته بنفسه.

إن المدمن لم يتعود أن يتفاعل اجتماعياً بمحيطه بدون تعاطي الكحول أو المخدر. وحيث أن آليات التعامل (هي الكحول أو المخدر) وأدواته الآن غير متوفرة ولا موجودة، فعليه أن يتعلم التفاعل الاجتماعي بقدراته الذاتية وبدون وساطة الكحول أو المخدر، وهنا وفي هذا المحيط الخارجي الذي هو فيه الآن أي في زياراته خارج الموقع العلاجي، هي المحك الحقيقي له والاختبار الذي يحدد هويته الحالية.

ونتيجة المعتقدات الخاطئة المنشطة المثارة وهو الآن في مرتبة المراقب فإنه سيعاني انفعالات سلبية شديدة بفعل تلك المعتقدات.

وهـذه المعتقدات الخـاطئة تقـدم له الفـرص الجديـدة لممارسـة عملية مناهضة تلك الأفكـار وتصويبهـا، وبالتـالي تكون المـادة الجديـدة في العلاج الفردي والجماعي.

يواجه المراقب أيضاً مسؤوليات متزايـدة عليه تحمـل أعبائهـا والكثير من هذه المسؤوليات تتعلق بتفاعلاته مع رفاقـه المرضى الـذين هم دونه مرتبة في المستوى العلاجي حيث يتعين عليه أن ينظم تقـارير عن مرؤوسيه الـذين يشرف عليهم ويـرفعها الى الجهـات الأعلى عـما يـظهره هؤلاء من سلوكيـات ومواقف سلبيـة ونقصد الجهـات الأعلى المرضى الذين هم أعلى منه رتبـة في العلاج (المتقـدمون في العـلاج). وهـذا الالتزام الجـديد المنـوط به كمـراقب يشمـل جميـع مستـويـات العـلاج، حيث كـل مستـوى يـراقب المستـوى الأدنى منـه في الـرتبـة العلاجية يواجه المراقب مواقف موترة هامة هي المعتقـدات الخاطئـة التي تنتابه وتدور حول مسألة القبـول والحاجـة الى الراحـة فتسبب له مخاوف شديدة الوطأة، وتعطل قدراته في محـاسبة أنـداده، ومرؤوسيـه على سلوكياتهم.

في هذه المرحلة العلاجية تتم منـاهضة المعتقـدات المسببة لهـذه المخاوف حيث يحل محلها معتقدات صـائبة وتقبـل للمسؤولية ويجب أن يتجـاوز المراقب المعتقـد الذي يـرى فيه أنـه من الصعب جـداً أن يستعمـل صفارتـه في وجه صـديق من جراء سلوكـه السلبي. فإذا لم يلب هذا الصديق ما نبهه اليه، على المراقب والحالـة هذه أن يتحمـل نتائج اهماله لواجباته

في نهاية الفترة الزمنية لمستوى المراقبة تجرى له تقويمات مهنية إذ

يتجه العلاج نحو مساعدة المتعالج لتطوير مهاراته التي يحتاج اليها خارج نطاق قوة العمل. وما أن يمتلك هذه المهارات المطلوبة ويبرهن على قدرته في انجاز واجبات ومسئوليات الجماعة العلاجية ويعطي الدليل على قدرته في التعامل مع انفعالاته عندما يواجه حوادث راضة موترة ويتصرف كرئيس جيد، ويكون أنموذج الدور المطلوب بالنسبة للمرؤوسين حينئذ يرفع المتعالج المراقب الى المرتبة التالية وهي منسق مساعد Assistant Coordinator .

وفي الوقت الذي يكون الأهم في عملية الترفيع من المستوى العلاجي الأول الى مرتبة المراقب هو قدرته في معرفته لمواد البرنامج، فإن ترفيعه الى منزلة (مستوى) منسق مساعد يحتاج الى قدرة متزايدة في تطبيق مواد البرنامج

د ـ مرتبة منسق مساعد Assistant Coordinator :

في هذه المرحلة تزداد الامتيازات التي تعطى للمتعالج حيث تتزايد ساعات زياراته خارج الموقع العلاجي وحق اقتناء المال والحيازة عليه وبالطبع إن هذه الامتيازات تعد معززات قوية وحوافز هامة بالنسبة اليه

وأيضاً تواجه في هذه المرحلة الجديدة هذا المتعالج الذي رفع الى تلك المرتبة العديد من المسؤوليات التي تحتاج الى مهارة وحكمة وهذه المسؤوليات هي :

١ ـ اقرار النتائج الملائمة لسلوكيات عدوانية عابرة مرتكبة من قبل

أنداده Peers أو من جانب المرضى في المستويات العلاجية الأدنى مرتبة

٢ ـ طرح هذه النتائج على المقيمين.

٣ ـ إعداد العقود السلوكية الواجب ابرامها مع المتعالجين.

إن كل عقد مبرم مع المقيم المتعالج يجب أن يوقع ويصادق من قبل أعضاء الهيئة العلاجية. وفي ابداء رأيه حيال النتائج السلبية أو العقود السلوكية عند الآخرين. فإن المنسق المساعد في عمله هذا قد يواجه احتمالا كبيراً بالكراهية والرفض من قبل من يصفهم ويبدي رأيه حيالهم. وهنا فإن معتقداته الخاطئة الخاصة بالحاجة الى القبول تصبح أكثر وضوحاً ثم إن أية ميول مازالت باقية بتجنب المسؤولية بفعل شدة وطأتها تظهر الى السطح وتتعرى وتنكشف.

ومن ناحية أخرى فإن من واجبات المنسق المساعد أيضاً مراقبة المراقبين الذين هم دونه رتبة في المستوى العلاجي وكثير من هؤلاء المراقبين يؤكدون اتقان عملهم، ويعتقدون أنه يتعين عليهم أن يقدموا الارشاد والنصح والنوعية الجيدة من الأداء طالما أصبحوا بمرتبة المنسقين المساعدين، متجاوزين مرتبة المراقبة. وأن هؤلاء أيضاً يرون أن على المراقبين انجاز وظائفهم لتكون متكاملة خالية من الأخطاء، وعليهم ادانة مرؤوسيهم في حال الزيغ والضلال والاعوجاج، ثم انهم يعتقدون أن المخطئين يجب معاقبتهم.

وأكثر من ذلك تعمل مجموعات المنسقين المساعدين على مساعدة نظائرهم من نفس المرتبة العلاجية على التصدي للمطالب

اللاعقلانية الخاطئة التي ذكرناها في تصوراتهم لطبيعة أعمالهم ولواجبات غيرهم بحيث يصبحون أكثر تحملا، ويقبلون أخطاءهم وأخطاء الغير أيضاً.

ثم إن المنسقين المساعدين الذين بدورهم يخضعون لاشراف ومراقبة رؤساء مجموعة العلاج Staff group leaders هم أيضاً مسؤولون عن الأداء الفعال لأطقم وزمر دار العلاج. فهؤلاء الآخرون يقومون بأداء خدمات داخل الدار مثل التنظيف، والنقل، ومراقبة الخطوط الكهربائية وغيرها كما أن على هؤلاء المنسقين تعليم مقررات البرنامج للمستويات العلاجية الأدنى من المتعالجين، وأن الغرض من كل هذه المسؤوليات هو تزويدهم بخبرات الحياة الحقيقية في ادارة العمل في أية مؤسسة يعملون فيها مستقبلا عند اعادتهم الى المجتمع ثانية وأبضاً مناهضة تفكيرهم الذي يوحي لهم أن الحياة يجب أن تكون سهلة، ويجب أن يقدموا أداء جيداً

إن مقاييس ارقاء هؤلاء وغيرهم الى مراتب علاجية أعلى إنما تعتمد أساساً على مدى نجاحهم في تحقيق الأهداف المهنية (أي امتلاك بعض المهارات، تطوير الاهتمام في ميدان مهني خاص، العثور على عمل وغير ذلك.) والأهداف العلاجية (مثل رفع مستوى التحمل للاحباط وقبول الذات) والموضحة في كل خطة منظور علاجي

هـ ـ مستوى وظيفة (أو مرتبة) المنسق لدار العلاج :

يتمتع المنسق لدار العلاج بشروط حياتية سارة. فهو لا يحتاج

كيما يخضع للتفتيش والمراقبة (بعكس المقيمين في جميع المستويات دونه في المرتبة) عند دخوله الاقامة التدريبية العلاجية Residence. فقد حظي بالامتيازات، وبرهن على كفاءته، وحصل على المكاسب العلاجية المطلوبة لمرتبته، ويعد نفسه لادارة برنامج مجموعة التدريب عندما يترفع لمرتبة رئيس المنسقين، حيث يتخرج من الدار ويعاد ادخاله الى المجتمع ثانية بعدما تأهل له في هذه الدار بكل المستويات التي مر بها واكتسب مهاراتها التي تؤهبه للعودة ثانية الى المجتمع مؤهلاً متكيفاً.

إن المشكلات التي سيواجهها في هذه المرتبة activating events وعليه أن يتعامل معها تبدو أيضاً باعثة على الشدات والتوترات. ففي هذا المستوى من المسؤولية والوظيفة سيتعرض للتوتر نتيجة تفكيره انه على وشك التخرج من الدار والبرنامج. إذ يميل الى التنبؤ الى امكانية مواجهته للفشل خارج هذه الدار بفعل قصوراته المدركة. فهذا القلق الذي يغمره يعيق من ممارسة مسؤولياته في الدار. وهذا بدوره يحرض معتقداته بكون الأمر مخيفاً أو أنه سيعطي برهاناً على عدم كفاءته إذا لم ينجح في وظيفته كمنسق للدار، أو أنه قد تكسّر مرتبته ليعود الى وظيفة مساعد منسق.

على المستوى المثالي يتعلم منسق الدار التعامل مع مسؤولياته والتدبر بانفعالاته، وأن يتحمل الشدات والانزعاج. وأن علاجه يتركز أيضاً تركيزاً كبيراً على معتقداته الخاطئة التي تدور حول قيمة الذات، ومطالبه للنجاح. فإذا ما برهن في هذه الوظيفة على قدرته

على التدبر بانفعالاته تدبراً كافياً، وأظهر المهارات التعاملية والقدرات في التفويض بالقرارات من خلال تنظيم العقود مع مرؤوسيه، وانجاز ومراقبة أوراق العمل بدون أن يبدي اضطراباً انفعالياً هاماً، فإنه والحالة هذه يعد مؤهباً للترفيع للمرتبة التالية وهي الرئيس المنسق.

و ـ وظيفة المنسق الرئيس:

يتمتع المنسق الرئيس بكامل الامتيازات تقريباً إذ يحصل على أكثر الساعات في الزيارة من قبل الغير له، ويسمح له بمغادرة الدار في أوقات مأذونة لمشاهدة الأفلام في المدينة، وحضور المباريات الرياضية، أو الانخراط في التسليات الأخرى.

وبهذه الامتيازات، كما هي موجودة في خارج الدار، تبرز مسؤوليات اضافية. فالمنسق الرئيس هو رئيس الدار، ومسؤول مسؤولية كاملة عن جميع وظائف برنامج الدار العلاجي التدريبي. فهو الذي يدير الدار ويلبي ويجيب عن كل شيء في هذه الدار. وتحت امرته جميع المراتب التي هي دونه. وبهذه الامتيازات فهو يواجه مواقف ومحرضات على درجة مناسبة من التوتر والشدات.

واضافة الى ذلك فإن المنسق الرئيس يواجه توقع الدخول الى المجتمع ثانية بعد تخرجه من الدار. وهنا تأخذ المعتقدات الخاطئة بالظهور الى السطح. فالأفكار يجب الاّ تظهر أية علامات صعوبة في التعامل مع الدخول ثانية الى المجتمع، وعليه أن يدخل الى المجتمع ثانية بدون قلق يقوده الى خبرات كرب وشدة وقلق. فالتنبؤات

السلبية حيال قدرته في العمل ضمن المجتمع غالباً ما تكون نشطة فعالة. فجميع هذه القضايا تكون طحنة في مطحنة الجماعة والعلاج النفسي الفردي.

وحالما يبرهن هذا الرئيس على قدرته في ادارة الدار، والتدبر الذاتي تدبراً مناسباً رغم هذه المشكلات التي ذكرناها، ويتعامل تعاملا فعالا ومسؤولا خارج الدار (في المدينة)، حينئذ يكون جاهزاً للخروج من الدار وليصبح مستقلا تماماً. فاعادة ادخاله للمجتمع وهي المرحلة التالية والأخيرة من علاجه تفرض أن يكون قادراً على التمتع بالاستقلالية الذاتية. وعليه الّا يمتلك فقط المصادر الشخصية (القدرات الذاتية) ولكن أيضاً امتلاك جهاز الدعم المناسب الايجابي خارج الجماعة العلاجية التي كان فيها.

في هذه المرحلة يتعين عليه أن ينظم رسالة تخرج تتضمن وصف العلاج ومنافعه الذي مر فيه، وما هو تصميمه في الاستمرار باعادة تأهيل ذاته، وما هي مخططاته في هذا الخصوص.

وهذه الرسالة يفترض أن تعكس معرفة هذا المتدرب في مسألة المعتقدات الخاطئة التي تؤدي الى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية وما هي المواقف والسلوكيات التي كانت مخربة للذات عنده سابقا. وعليه أيضاً أن يبرهن على معرفته عن ماهية الاستراتيجيات الناجحة في التعامل وفي مناهضة الأفكار الخاطئة التي تجعله متحرراً من الكحول والمخدرات دوماً وما أن ينهي هذه الرسالة المطلوبة بمضامينها حينئذ يتخرج كيما يكون مؤهلا للمرحلة التي بعدها، أي

اعادة الدخول الى المجتمع Reentry .

ز ـ مستوى وظيفة اعادة الدخول الى المجتمع :

تعني اعادة الدخول الى المجتمع التخرج من البرنامج وحيازته على شهادته، فيصبح حينئذ على مستوى مريض يعالج خارج الاصلاحية العلاجية التي كان فيها.

فخلال الـ ٢٨ يوماً الأولى من اعادته الى المجتمع يعود الى البرنامج السابق الذي أخذ منه. أي بتعبير آخر أي التسليح باستراتيجيات التعامل، وأيضاً بالفلسفة العملية والعقلانية الجديدة حيال الحياة. فزبون مستوى اعادة الدخول يدير جماعات جاهزة ومعدة لبرنامج المقيمين لتعليمهم مواد البرنامج والعلاج العقلاني ـ الانفعالي، ومساعدتهم على حل مشكلاتهم. وهذا يخدم تعزيز مواد البرنامج والتفكير العقلاني في ذهنية هذا الزبون، يواجه زبون اعادة الدخول الى المجتمع الشدات الحياتية الحقيقية. إنه في هذه المرحلة الحياتية مع المجتمع وجهاً لوجه يواجه ميدانياً وعملياً تلك الأشياء كما تبدو في التفاعل الاجتماعي التي كان سابقاً يهرب منها ويتجنبها قبل العلاج.

فهو يواجه الوظيفة والتوظيف والثبات عليها، وأيضاً الذهاب الى المدرسة كيما يقيم علاقات اجتماعية تكيفية والاندماج في أسرته والعيش مستقلا معتمداً على ذاته، يتحمل المسؤولية وذو كفاية ذاتية. وهو في هذه المرحلة من اعادة التأهيل يطبق ما تعلمه من مهارات

خلال العلاج عندما كان في الدار. فما كان يعوزه سابقاً في السيطرة على الكحول أو المخدرات أضحى الآن يملك هذه السيطرة. وهو يستمر في العلاج الفردي ومرتبط بالعيادة الخارجية التي تستمر في تزويده بما يحتاجه من دعم علاجي كيما تتعزز عنده مهارات التعامل والتصدي للنزوعات والأفكار الخاطئة المضعفة لارادته كما ويعينه هذا العلاج على التعرف على الأفكار الخاطئة الجديدة والمحرضات والموترات للسيطرة عليها.

١١ ـ العلاج الجماعي:

إن جميع المنخرطين في برنامج العلاج التدريبي التأهيلي Residents يتلقون في مجموعات وفي كل مستوى من البرنامج، العلاج العقلاني ـ الانفعالي. ويتركز العلاج الجماعي على مساعدة أفراد العلاج في تنمية المعتقدات والمواقف العقلانية واغنائها وذلك ليس في ميدان التدريب البرنامجي فحسب بل أيضاً إزاء الاهتمامات الحاضرة القائمة والاهتمامات الماضية، والاهتمامات في ميدان اعادتهم الى المجتمع ثانية.

فالمجموعات العلاجية في هذا النوع من العلاج تكون نشطة وموجهة ويكون هذا النشاط قائماً على حل المشكلات. أما المعالجون فهم دوماً يقومون برصد تقدم الفرد المقيم المتعالج في اطار مجموعات العلاج النفسي الجماعي. إذ في كل جلسة يعمد كل فرد الى طرح انزعاجاته الانفعالية، وفشله في مواجهة المسؤوليات لتكون موضوع المعالجة. ومن ثم يعمد المعالج الى مساعدة المقيم في التعرف على

الأفكـار الخاطئـة التي هي وراء تلك المتاعب النفسيـة، ومنـاهضتهـا واقامة معتقدات جديدة صالحة

وخلال اجتماعات أعضاء الهيئة المعالجة الرسمية وغير الرسمية فـإن قادة الجمـاعة والمعـالجين الفـرديين يتقـاسمون استبصـاراتهم في المعتقدات الخاطئة للمقيمين. وهـذا ما يسـاعد عـلى ضمان إمكـانية أحد هؤلاء على تصحيح معتقدات بعض المقيمـين لأفكارهم الخـاطئة عند ظهورها.

وبجعـل العلاج الجمـاعي يأخـذ الصفـة الخـاصـة الشخصيـة وبالتالي التعرف على الأفكار والمعتقدات الخـاطئة الخـاصة بكـل فرد، تحدد وظائف وتـدريبات بيتيـة لكل فـرد يتعين عليـه تنفيذهـا فمثلا يـطلب من المتعالجـين المقيميں صيـاغة ١٠ معتقـدات خاطئـة أوردها العـلامة البـرت أليس بلغتهم الخاصـة كما ويـطلب منهم الاحتفاظ بـدفتر خـاص يرصـدون فيه المـواقف التي تثير انـزعاجـاتهم وبالتـالي تسجيل المعتقدات الخاطئة. فيما يخص الوقـاية من الانتكـاس، يتعين على المتعالجيں التفكير في المواقف المستقبلية حيث تظهر فيها المعتقدات الخاطئة التي تكون فاعلة في اثـارة نزوعـاتهم نحو المخـدر أو المسكر وهنـا فإن قـادة المجموعـات يعدون منهجـاً للمكافـآت والعقـوبـات (حـوافز ايجـابية وأخـرى عقابيـة) إزاء الوظـائف والتدريبـات البيتيـة الواجب تنفيذها ويكون التجاوب والمطاوعة في هذا التنفيذ ١٠٠٪. والمجموعات غالباً ما تكون تمارس الخبرة في طبيعتها.

ويتضمن العـلاج بعض التقنيات الخـاصة بـالعلاج الفشتـالتي

(مثل الكرسي الفارغ، أو الجلوس الساخن) عندما يكـون المتعالجـون في حالة اثـارة وتهيج ويـطلب منهم تحديـد الأفكار الخـاطئة، ومن ثم مناهضتها وتبديلها والتي تؤدي الى انـزعاجـاتهم. وعادة لا يصبحـون منزعجين بهدف الاستجابة ولكن في عملية ابراز معتقداتهم الخاطئة. وناحية أخرى تطبق تمارين التخيل[1] العلاجي، والهجوم عـلى الخجل غير السوي ميدانياً، ولعب الدور Role play، والتمارين ذات الطابع التي تـواجـه المشكـلات Confrontational Drills لامتـلاك مهـارات التعامل، اضافة الى التدريبات الخاصة بالتلقيح ضد التوتر Stress In-oculation Exercices.

١٢ ـ تبـديل المنبهـات المنشطة للمعتقـدات الخاطئـة ضمن الجماعـة العلاجية:

الى جانب تقديم العون للمتعالجـين ضمن الجماعـة العلاجيـة من أجل تبديل الطرق الخاصة في تفكيرهم والارتباط بالعالم الخارجي الواقعي، فإن هذه الجماعـة العلاجيـة تساعـد المتعالجـين أيضاً عـلى تبديل المواقف السلبية المثيـرة لأفكارهـم الخـاطئة أو الحـوادث المنشطة لتلك الأفكـار في حيـاتهم. فمثـلا يتعلم هؤلاء المتعـالجـون مهـارات العمل بحيث عندما يتم اعادة ادخـالهم الى المجتمع فـإنهم يواجهـون بعمل صعب أو بالبطالة. وأيضاً يستطيعون الحصول على شهادة عامة صـادرة عن الجماعـة العلاجيـة تمكنهم من الحصول عـلى تسهيـلات

---

١ ـ راجـع كتاب العـلاج النفسي الذاتي بقـوة التخيـل: تـأليف الـدكتـور محمـد حجـار. دار النشر بالمـركز العـربي للدراسات الأمنيـة والتدريب بـالـريـاض ١٩٨٩م.

عمل بالتعاون مع السلطات الأخرى كوزارة العمل والشئون الاجتماعية. وناحية أخرى تعمد الجماعة العلاجية الى تشكيل أو خلق جهاز دعم ايجابي لكل متعالج حالما ينخرط من جديد في الحياة الاجتماعية، وأن الخطوة الأولى هي مساعدة اسرة المتعالج للتعامل معه تعاملا أفضل. وهذا يتم من خلال الجماعات الأسرية (مثلا الزائرات الاجتماعيات ومندوبات الاتحاد النسائي وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الخيرية). ثم إن أعضاء الأسرة يتعلمون كيف يمكن تطبيق وسائل الاشراط الاجرائي (أي اثابة السلوك الجيد وتعزيزه وعدم اثابة السلوك المنافي) في تعاملهم مع الابن أو الابنة عند العودة من جديد الى أجواء الأسرة.

ثم هناك اجراءات تتخذها الجماعة العلاجية في عملية اعادة المتعالجين الى المحيط الاجتماعي حيث يخضع الزائرون الى فحوص بولية للتأكد من أنهم ليسوا من أولئك المدمنين. كما وأن علاقة هامة بين المتعالج وآخر من المجتمع يجب أن تقترن بموافقة قادة الجماعة في الهيئة المعالجة واخضاع هذه العلاقة الى معايير معينة للتأكد من أن مثل هذه العلاقة الصداقية هي سليمة وخالية من أية سلوكيات ادمانية

الفصل الثاني عشر
المهارات التي يجب أن يمتلكها المعالج

في هـذا الفصل سنـأتي على ذكـر بعض الأفكـار والمقتـرحـات لأولئـك الذين يتعـاملون مع هـذا النمط من العلاج من المعـالجين في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية

وبكل تأكيد إن التعامل مع المـدمنين هـو عمل قـاس يحتاج الى صبر وأناة وحماس، ومتابعـة ولكن يكون صعبـاً جداً هـذا التعامـل عندما يعتقد المعالج بهذه الصعوبة.

والقيـام بالعمـل الصعب يحتـاج الى التمكن الفعـال بـأرضيـة العلاج العقلاني ـ الانفعالي مع المدمنين. اضافة الى خلق مجموعة من المواقف المنطقية والواقعية ازاء هذا العمل من جانب المعالج.

١ ـ مواقف المعالج:

يشير العلامة البرت أليس (١٩٨٥) الى أن المعالج بـاستطاعتـه أن يكـون هو نفسـه زبونـاً صعباً ويسبب لنفسـه بعض الصعـوبـات والمتاعب عند التعامل مـع المدمـين الصعبين. إذ بـامكان المعـالج أن يزعج نفسه بمعتقدات خـاطئة حيـال ذاته، وبـالمتعالجـين وبمشكلاتهم وبـطبيعة نتـائج عمله العـلاجي واذا ما سـار في هذا الـطريق، فإن المشاعر المضـطربة النـاتجة من شـأنها أن تعيق الأداء الفعال ـ وتجعـل عمله أكثر صعوبة مما هو عليه في الواقع، ويتـرتب عن ذلك الفقـدان

التـدريجي لاعتبار واحتـرام ذاته وللزبـائن المتعالجـين أيضاً وعنـدما يأخذ بهذا الطريق المدمر لذاته، فإنه يعطي أنموذجاً لمرضاه المتعالجـين التحمـل المنخفض للاحبـاط، والسلوك الـذي يفـرض عـلى الـذات المطالب. وتجنب الازعاج، وهي السلوكيـات الجوهـرية السلبيـة التي يسعى المعالج الى تبديلها عند المدمنين.

ولعل أفضل طريقة فعالة التي يتحرر فيها المعالج من صعوباتـه الـذاتيـة هـو أن يتعلم التعـرف عـلى أفكـاره الخـاطئـة والعمـل عـلى مناهضتها وتبديلها، كما يعمل تماماً في التعرف على مثـل هذه الأفكـار عند زبائنه وتبديلها. وأن ما ينطبق من مقولات خاطئة يفـرضها عـلى نفسـه مثل «الـوجـوب Shoulds» ذات الصفـة المـطلقـة وغيـرهـا من الالزاميات التي ذكرناها يجب أن تكون ضمن منـظوره فلا يسمـح لها بالسيطرة على أفكاره.

لقد حدد البرت أليس عدداً من المعتقـدات الخاطئـة التي عادة مـا يحملها المعـالجون في نفـوسهم، بحيث أن هذه المعتقـدات إذا مـا تركت بدون تبديل من شـأنها أن تقود الى عـلاج غير فعـال، وفشلهم في مهمتهم وعملهم. من أحد هذه المعتقدات اللاواقعية الخاطئة مثلا «يجب أن أكـون ناجحـاً في علاجي لجميـع زبائني المـرضى المدمنـين» فحمل مثل هذا المعتقد، وبخاصة إذا ما نكس المدمن بعد معالجتـه، فإنه سيلصق تهمـة الفشل بـذاته. والـواضح أنـه يستحيل أن يكـون المعالج ناجحاً في علاجه لكـل مدمن في تخليصـه من عادتـه السلوكية الادمانية أو الاستمرار في التحرر من الادمان.

فالنكس في طريق الشفاء هو بمثابة قاعدة وليس هو استثناء. وأن القاء المعالج اللوم على ذاته بسبب الفشل أو النكس لا يخلق الازعاج فقط ولكن هو عمل مضاد للعلاج ذاته. كما وأن الدفاع عن ذاته بسبب هذا الفشل بأن يلقي تبعة فشله على المريض ذاته هو اجراء لامنطقي خاطىء. وهذا من شأنه تعقيد المشكلة ثم إن ذم المريض بسبب هذا الفشل يقود الى الغضب ضده الأمر الذي يفضي الى قطع العلاقة العلاجية.

وفكرة خاطئة قد يحملها المعالج هي: «يجب أن أكون معالجاً بارزاً مشهوراً، وأحسن من أي معالج آخر معروف». ومثل هذا المعتقد يجعل مسألة النجاح العلاجي أو فشله أكثر حدة. فالمطلب أن المريض الكحولي إذا نجح في التحرر من ادمانه سينظر اليك على أساس معالج فذ قدير من قبل المعالجين الآخرين، وهذا ما يقودك الى عدم المرونة، الأمر الذي لا يساعد المرضى تعلم التفكير المستقل المنطقي القديم. وثمة جانب سلبي آخر في هذا المطلب هو اعتمادك عاطفياً على الزبون المتعالج وعقابيله معاناة الاكتئاب وزوال الوهم.

إن الكحوليين أصلا على درجة مناسبة من الحساسية لهذا النوع من الارتباط بالآخرين ويردون (يستجيبون) على علاجك بالمقاومة، وبطرق عدوانية وصادة. وعندما ترفع من ذاتك الى صفة التمييز وعلو الشأن (أي أنا أحسن من الآخرين)، وتحول هذه الرغبة الى مطلب، فإنك ستدخل في طريق المتاعب العلاجية

ثم إذا ما ابتغيت أيضاً حاجة المريض للاعتراف بأنك معالج

ماهر، فإنك أيضاً تقع في قبضـة الغم والكرب، والارتبـاط العاطفي بـه مما يسيء الى العمليـة العـلاجيـة. وإذا كـان تفكيـرك أو معتقـدك الخاطىء يدور حول: «يجب أن أكون عـلى درجة كبيـرة من الاحترام ومحبوباً من قبل جميع زبائني فأنت ستكون في مشكلة عندما يتصرفـون معك تصرفاً غير لائق ولا مؤدب».

ولا تنسى أنه إذا كان بعض زبائنك الـذين يريـدونك هم أكـثر انفتاحاً نحو تأثيرك، فإن قلة من الذين يتعاطون المخدر أو المسكـر قد يكرهونك للعديد من الأسباب. وفضلا عن ذلك فإن المرضى الـذين يحبونك حقاً هم أقل رغبـة في الاعتراف بهفـواتهم، وأن علاقتـك قد تعيق من تأمين العلاج الجيد. هذا ورغم أن المريض وأنت مـرتاحـان الى مثـل هذه العـلاقة، الاَّ أنه ولا واحـد منكـما سيستفيـد من هـذا الشكل من الارتباط لمدة طويلة. وهناك سوء تصور آخر يحمله بعض المعالجين يتمثل في الاعتقاد التالي الخاطىء: «بما أنني أعمل كـل ما في وسعي، وأبـذل كل جهـدي كمعالـج يتعين أيضـاً على المتعـالـج أن يكـون متساويـاً معي في هذا العمـل والجهـد والمسؤوليـة، وعليـه أن ينصت اليَّ بكل اهتمام، ويدفع نفسه دائماً الى التبديل».

إن هذا المطلب نحو زبائنك من المدمنين والمرضى معنـاه عملياً ضمان اضطراب الوظيفة الانفعـالية ومن ثم تلح عليهم أن يكـونوا متحـررين بجزء من مجمـوعة أعـراضهم الرئيسيـة ونقصـد التحمـل المنخفض لـلاحبـاط والتمـرد حيث أن هـذه العلة هي جـوهـر سبب ادمانهم.

وبـالطبـع من المرغـوب بالنسبـة للمعالـج والمريض أن يعمـلا

بجدية وبتصميم وبعزم الاّ أنه ليس من الضرورة أن يكون كذلك عدد كبير من المرضى على هذه الصورة من الايجابية المطلوبة. وأن ذم هؤلاء المرضى على هذه المواقف التي يتخذونها من العلاج غير المتناسبة مع جهد المعالج الذي يبذله، هذا الذم يسيء الى العلاج. إن رفض المدمن وادانته على ضعف حافزه نحو العلاج هو موقف سابق كان يقفه المعالجون نحو الكحولية والادمان على المخدرات. أما المعالج الذي يأخذ بالعلاج العقلاني ـ الانفعالي فهو يتفاعل مع المتعالج المدمن لحفزه وليس لذمه وادانته لمشكلاته التي جاء من أجل حلها.

وناحية أخرى على المعالج الاّ يعمم أفكاره ومواقفه على جميع المدمنين لأن هذا يؤدي الى الضيق الشخصي والعلاج غير الفعال، فعندما يعتقد أن جميع متعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هم معارضون، مجادلون مثبطو الدوافع مرتبطون بالغير، فإن المعالج بهذه المعتقدات المعممة يقود ذاته الى نهاية ميتة ومثل هذه المعتقدات لا تشجع على الاستبصار الانفعالي أو التغيير الطويل الأمد في سلوك المتعالج.

٢ ـ المراقبة الذاتية من أجل علاج أفضل وأداء علاجي:

هنا يحسن أن نتكلم عن المواقف والمهارات التي تكون أكثر ملاءمة نحو علاج أفضل مع مرضى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. لقد وصف العلامة البرت أليس (١٩٨٥م) ما يعتقده لبعض الصفات النوعية الايجابية للمعالجين الفعالين. وهذه الصفات هي التالية المبينة في الجدول:

صفات المعالج الفعال

١ ـ الاهتمام الجاد والحيوي في مساعدة زبونه المريض، والعمل بطاقة لانجاز هذا الاهتمام.

٢ ـ القبول اللامشروط للمريض كفرد، بينما يسعى الى معاكسة ومناهضة الأفكار السلبية الانهزامية، وتحسين مشاعره وسلوكه

٣ ـ واثق من قدرته العلاجية بدون أن يكون متفاخراً أو متصلباً يعتقد اعتقاداً قوياً بالتقنيات الرئيسية التي يأخذ بها.

٤ ـ يتصف بثقافة علاجية نظرية متسعة الأفاق وممارسة وخبرة جيدتين تتسمان بالمرونة وبالعلمية، وهو منفتح دوماً لاكتساب مهارات جيدة.

٥ ـ فعال في الاتصال والتعليم مع زبائنه المرضى لخلق طرق جديدة من التفكير عندهم.

٦ ـ لديه القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته وتحسينها ومعافى من القلق والاكتئاب، والشعور بالصغارة والميل الى الاستجداء.

٧ ـ هو صبور، ومثابر، وصادق، ويعمل بجد في محاولاته العلاجية.

٨ ـ يتمتع بالصفات الأخلاقية المهنية، وبروح المسؤولية، ويستخدم العلاج لمنفعة المريض وليس بهدف لمنفعته الذاتية ومصلحته.

٩ ـ هو مهني وله مكانته في الوسط العلاجي، ومع ذلك فهو قادر على الاحتفاظ بالمشاعر الانسانية، والتلقائية العفوية، والتوظيف الشخصي بما يعمله.

١٠ ـ هو مشجع ومحفِّز، ومتفائل ويظهر هذه الخصال لمرضاه ويقدر التبديل مهما كان صعباً وهو دوماً في كل الأوقات يدفع المرضى

بقوة لتبديل سلوكهم.

١١ ـ لا يقدم العون للمرضى لكي يشعروا بالتحسن وازالة أعراضهم فقط بل أيضاً يحاول مساعدتهم لخلق تبدلات عميقة في المواقف مما يمكنهم في الابقاء على التحسن، والاستمرار بهذا التحسن، وزوال الاضطراب مستقبلا

١٢ ـ هو حريص على تقديم العون لكافة المرضى، وبحرية وبطواعية يمكّن تحويل المريض الى معالجين آخرين عندما يشعر أنه لا يستطيع تقديم العون، كما ولا يكون ضعيف الانخراط مع المريض ولا مفرط الانخراط به. ويسعى باخلاص للتغلب على مواقفه المتحيزة ضد المريض التي تسيء الى علاجه

١٣ ـ يمتلك قدرة الملاحظة الكافية والحساسية تجاه الآخرين، والذكاء الجيد، والحكم السليم للحيلولة دون أن يندفع المريض لاتخاذ قرارات طائشة غير حكيمة، ولا أن يؤذي ذاته

مراقبة المعالج لذاته في تقرباته العلاجية نحو مرضى الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

الأسئلة التي يطرحها على ذاته:

١ ـ هل أنا راض عن مساعدة مريضي مساعدة حماسية ومستمرة حتى لو لم يبد اهتماماً في مساعدة نفسه؟

٢ ـ هل أنا واثق من قدرتي على تقديم العون للمريض وهل أؤمن حقاً في النفع السريري وعلمياً برهنت على فعالية الطرق والتقنيات التي انتقيتها في معالجته؟

٣ ـ هل أعطيت المريض حقه من الاهتمام والاعتبار في الطرق والأساليب العلاجية التي طبقتها عليه، وأنا راغب في تعلم الجديد من هذه الطرق وتطبيقها إذا اتضح لي أن ما اخترت من الطرق لم تكن مفيدة بالصورة المرجوة في معالجة المريض؟

٤ ـ هل أنا متحرر من التحيز النمطي الخفي أو الظاهر أو التفكير الدوغماتي (العقدي) حيال المريض ومن مشكلته الادمانية؟

٥ ـ هل أن اتصالي مع المريض مجد وفعال في المفردات التي أستخدمها وفي مستوى التجريد، والنمط التفكيري، وبالطريقة التي أتفاعل بها مع المريض؟

٦ ـ هل أنا فعلا وبأمانة أقبل المريض كانسان، وبصرف النظر عن السلوك العفن الفج الذي يظهره نحو الآخرين ونحوي؟

٧ ـ هل أحتفظ بالصبر، والمثابرة، وبالعمل الدؤوب تجاه المريض رغم رفضه الظاهر أو استجابته الضعيفة ازاء الجهود التي أبذلها من أجله؟

٨ ـ هل أنا أشجع واحفز جهود المريض في الوقت الذي امتنع عن لومه على فشله وذلك من أجل تحسين صورة قبوله لذاته؟

٩ ـ هل أتصرف صراحة أو ضمناً تصرفاً أخلاقياً، ومهنياً، ومناسباً وبصورة محترمة، وبطريقة خالية من التهجم ازاء المريض؟

١٠ ـ هل أعترف صراحة بأي موقف سلبي ومشاعر منافية نحو المريض أو بجهودي العلاجية بحيث أسعى إما الى ازالة هذه السلبيات من نفسي أو أشير الى المريض بالذهاب الى معالج آخر متوخياً منفعته؟

أنموذج خطوات علاجية مثالية

نبين هنا خطوات الجلسة العلاجية النموذجية وفق أسلوب مثالي:

الجلسة ________________ التاريخ ________________

١ ـ تقويم وجود انفعالات مضطربة أو سلوكيات.
٢ ـ الكشف عن قابلية التكيف لانفعالات المريض وسلوكياته.
٣ ـ تقويم وجود ونوع التفكير الخاطىء.
٤ ـ الكشف عن التكيفية الخاصة بجهاز معتقد المريض.
٥ ـ ايضاح الحوادث أو المنبهات المنشطة للعمليات المعرفية.
٦ ـ عرض الافتراض حول معنى المعتقد الخاطىء وآليته للمريض.
٧ ـ تعليم المريض الربط القائم بين ب ـــ ث (أي المعتقد المسبب للانفعال أو السلوك).
٨ ـ تعليم المريض الفرق بين المعتقدات الخاطئة والصائبة الصحيحة
٩ ـ عرض المعتقدات الصائبة البديلة عن المعتقدات الخاطئة.
١٠ ـ شرح فلسفة مناهضة المعتقدات الخاطئة.
١١ ـ شرح التخيل العقلاني ـ الانفعالي.
١٢ ـ تحديد الواجبات البيتية والتمارين الواجب انجازها.
١٣ ـ تقويم انفعالات المريض، وأفكاره وسلوكياته التي تبرز عندما يحاول المريض تنفيذ تمارينه البيتية.
١٤ ـ المناهضة التجريبية للأفكار الخاطئة.
١٥ ـ تعليم تكرار الأحاديث مع الذات.

١٦ ـ مساعدة المريض على توليد الحلول البديلة للمشكلات العملية.

١٧ ـ مساعدة المريض على تقويم الفعالية للحلول البديلة.

١٨ ـ التكرار السلوكي للحلول الجديدة للمشكلات العملية الميدانية.

١٩ ـ التدريب على الاسترخاء أو التخيل الاسترخائي.

أعط درجات لمحاولات المريض في تنفيذ تمارينه البيتية التي أعطيت له في الجلسة السابقة وفق السلم التالي:

١ ـ لم ينفذ تدريباته البيتية.

٢ ـ نفذ جزءاً مس تمارينه البيتية.

٣ ـ أنجز بعض تمارينه البيتية.

٤ ـ أنجز معظم تمارينه البيتية.

٥ ـ أنجز كاملا تمارينه البيتية

التعليقـــــات:

المراجـــــع

1- Bandura, A. (1982) Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist. 97 (2) 122-147.
2- Bard, J. (1980) Rational-Emotive Therapy in Practice, Champaign, IL:Research Press.
3- Beck, A. (1976) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, New York, International University.
4- Ellis, A. (1979) Rational-Emotive Therapy: Research Data That Support Thechnical and Personality Hypotheses.
5- Ellis A. (1980) Rational-Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy. Cognitive Therapy and Research 4, 325-340.
6- Marlatt, G.A. (1983) The Controlled Drinking Controversy. American Psychologist (10) 1097-1110.
7- Vaillant, G.E. and Milosfsky (1982). The Ethiology of Alcoholism. A Prospective Study, American Psychologist, 37, 494-503.
8- Wolpe, J. (1982) the Practice of Behavior Therapy New York, Pergamon.



طبعت بالمطابع الأمنية بدار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب
بالرياض ١٤١٣هـ - ١٩٩٣م

